Rok XLVI. Kraków, dnia 20. lipca 1907. Nr 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

X. ZJAZDOWI LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH TEN NUMER POŚWIĘCA

REDAKCYA.

Z trzech dzielnic ziemicy naszej w jednej tylko wolno dzisiaj zbierać się lekarzom i przyrodnikom polskim na obchód naukowego święta. Jeszcze nie możemy obchodzić go tam, gdzie i dziś krzewi się bujnie posiew, rzucony przez Szkołę główną w czasie krótkiego jej, ale świetnego żywota; a w prastarej Piastów siedzibie pracować wspólnie teraz nam nie wolno. Ale im bardziej zaciskają się pęta, nakładane nawet na naszą pracę naukową, tem droższym staje się dla nas dorobek nasz duchowy, tem żywiej płonie ognisko, które go na jednolity, cenny stapia kruszec. Bo z tego kruszcu mamy i my, przyrodnicy i lekarze, wykuć dla naszego społeczeństwa zbroję do dalszej walki.

Tych zadań naszych zrozumienie i umiłowanie zgromadzi pojutrze pod wspólny proporzec mnogi hufiec bojowników wiedzy zewsząd, gdzie rozlega się i dokąd dotarła polska mowa. Przygotowującym zwycięski nauki polskiej pochód, Uczestnikom X. Zjazdu, od stóp prastarej, dostojnej nauki tej Macierzy, powitanie i pozdrowienie.

Przyczynek do techniki całkowitego wyjęcia przez laparotomię macicy dotkniętej włókniakami.

Napisał

Prof. dr Aleksander Rosner.

Mimo olbrzymiej liczby prac, zajmujących się sprawą wskazań operacyjnych i wyboru sposobu operowania w przypadkach włókniaków, wiele pytań pozostało nierozstrzygniętych i nie doszliśmy do jednolitego zapatrywania się na te sprawy. Kiedy i jak operować włókniaki? Odpowiedź na te pytania nie będzie nigdy łatwą, ani krótką. Zapatrywania niektórych autorów, według których każdy włókniak rozpoznany powinien być operowany, są niewątpliwie błędne tak, jak z drugiej strony błędem jest odkładać rękoczyn zbyt długo. Z chwilą, kiedy istotne wskazania, ocenione indywidualnie, zmuszają nas do zabiegu operacyjnego, zachodzi pytanie, jakiej użyć metody. Niektóre przypadki same dyktują sposób operacyjny: n. p. włókniaki podśluzowe, rodzące się przez szyję do pochwy, albo podsurowicze uszypułowane. Niema wówczas wątpliwości, że można operować zachowawczo, t. j. usunąć nowotwór, a pozostawić macicę. Zupełnie inaczej przedstawia się rzecz wobec mnogich włókniaków śródmiąższowych. Niektórzy autorowie posuwają swoją zachowawczość tak daleko, że i w tych przypadkach starają się ocalić macicę i operując przez pochwę lub przez laparotomię wyłuszczają ze ściany macicy liczne nowotwory. Zdaniem mojem sposób ten powinno się stosować tylko wyjątkowo u osób młodych, które pragną i mogą rodzić, a u których guzów włókniakowych w ścianie macicy jest niewiele. Rzecz jasna, że sposób ten nie chroni od nawrotu choroby, a piśmiennictwo zawiera cały szereg przypadków, w których powtórna, tym razem doszczętna operacya okazała się niezbędną. Uważałbym za błąd stosowanie tej metody zachowawczej u osób, liczących wyżej lat 40, a stanowiących ogromną większość naszych operowanych. Ratowanie u nich narządu, którego czynność ma wkrótce zgasnąć, nie ma żadnej podstawy.

O ile zajmuję stanowisko zachowawcze co do wskazań operacyjnych i nie operuję nigdy bez wyraźnej konieczności, o tyle zdecydowawszy się raz na rękoczyn, wybieram, o ile być może, zabieg doszczętny. Najdoszczętniejszym zabiegiem jest niewątpliwie całkowite wyjęcie macicy. Wybór drogi operacyjnej zależy naturalnie od wielkości i ruchomości nowotworu, a że droga przez pochwę jest o wiele bezpieczniejsza, przeto, gdzie można, tę drogę wybieram. W przypadkach, w których guz jest bardzo duży i musi być wyjęty przez laparotomię, uważam całkowite wyjęcie za operacyę odpowiedniejszą, niż odcięcie nadpochwowe macicy z pozostawieniem szyi. Zalety tego zabiegu są tak wybitne, że dziwićby się można, dlaczego ta operacya nie wyparła

dotąd całkowicie odcięcia nadpochwowego. Wystarczy przejrzeć piśmiennictwo z lat ostatnich, ażeby się przekonać, że większość operatorów francuskich, angielskich i niemieckich posługuje się dawnym sposobem *(amputatio supravaginalis)*. A przecież to samo piśmiennictwo poucza nas, że w kikucie pooperacyjnym rozwija się nie tak rzadko rak (Coudamin, Richelot), że w kikucie zjawić się mogą włókniaki (Doleris), że kikut stać się może powodem wysięku szypułowego (Stumpfexsudat), jak to zresztą sam w dwóch przypadkach widziałem. Odpowiedź na pytanie, dlaczego mimo tych wad i mimo tego, że odpływ wydzielin z ran pooperacyjnych jest przy całkowitem wyjęciu macicy daleko lepszy, niż przy odcięciu nadpochwowem, — ma to odcięcie dotychczas tylu zwolenników, — odpowiedź na to pytanie daje Krönig w pracy z 1901 r. Oto odcięcie nadpochwowe jest zabiegiem łatwiejszym. Przy całkowitem wycięciu macicy metodą Doyena należy po otwarciu brzucha wytoczyć macicę z guzami przed powłoki i o ile być może przegiąć ją silnie ku przodowi, ażeby podnieść i uprzystępnić sobie tylną ścianę pochwy. Tę ścianę należy następnie przeciąć cięciem podłużnem i w ten sposób dostać się do pochwy, odszukać w niej i uchwycić część pochwową i przez cięcie, zadane w tylnem sklepieniu, wyprowadzić ją do jamy brzusznej. Napinającą się teraz błonę śluzową pochwy w sklepieniu przedniem należy przeciąć i na tępo oddzielić pęcherz od szyi macicznej od dołu do góry, t. j. od pochwy ku zagłębieniu pęcherzowo-macicznemu *(excavatio vesico-uterina)*. Po otwarciu otrzewnej nad pęcherzem pozostaje tylko podwiązać i przeciąć więzadła szerokie, przymacicza i boczne sklepienia i operacya jest skończona. Otóż pierwszy akt tego zabiegu bywa czasem, jak słusznie twierdzi Krönig, trudnym. Otwarcie pochwy w tylnem sklepieniu cięciem od jamy brzusznej nie zawsze jest rzeczą łatwą, zwłaszcza jeśli guzy leżą nizko i utrudniają dostęp do jamy Douglasa. Po otwarciu pochwy wyszukanie i uchwycenie części pochwowej natrafia czasem na trudności, a po jej szczęśliwem wyprowadzeniu do jamy brzusznej bywa czasem przecięcie pochwy w przedniem sklepieniu rzeczą niełatwą i mozolną. Te trudności uwzględnił Doyen i sporządził szczypczyki dla łatwiejszego uchwycenia części pochwowej; z powodu tych trudności wymyślił Chrobak sondę (Glockensonde), którą podnosi się tylne sklepienie pochwy i ułatwia operatorowi otwarcie tego sklepienia od jamy brzusznej. Ale zgłębnik Chrobaka uwzględnia tylko jedną trudność, szczypczyki Doyena tylko drugą. Przekonałem się przytem, że zgłębnik Chrobaka wymaga ręki wprawnej, jeśli ma być prawdziwie pomocnym, Doyen zaś sam utrzymuje, że czasami trudno jest przez szczelinę w tylnem sklepieniu wymacać i uchwycić część pochwową.

Chcąc usunąć wszystkie trudności tego pierwszego aktu operacyi Doyenowskiej, poleciłem sporządzić dwa narzędzia, t. j. 1) litą kulkę mosiężną, niklowaną, wielkości jajka gołębiego, przez którą, jak przez szklany paciorek, przechodzą trzy przewody pod kątem prostym względem siebie, t. j. jeden z góry na dół, drugi z prawej strony na lewą, trzeci z przodu ku tyłowi. Przewody te mają 5 mm. w średnicy, pomieścić więc mogą najgrubszą nitkę jedwabną. 2) Szczypczyki wygięte i zakończone odginającymi się pod kątem prostym haczykami, które wejść mogą łatwo w przewody wyżej opisanej kulki. Rycina najlepiej tłómaczy te szczegóły.

Zastosowałem narzędzia te w następujący sposób: Kilka godzin przed operacyą, kiedy po raz ostatni oczyszcza się pochwę i ściany jej i część pochwową po użyciu innych płynów odkażających pędzluje się jodyną, sprowadza się część pochwową z pomocą szczypczyków Muzeux o ile można najniżej. Przez kulkę przeprowadza się grubą nitkę jedwabną,



zaopatrzoną w igły na obu końcach. Igłami temi przekłuwa się część pochwową od tyłu ku przodowi w ten sposób, że jedna część nitki idzie przez miąższ części pochwowej z prawej, druga z lewej strony jej przewodu, oba zaś końce wychodzą przez przednią wargę. Pociągnąwszy oba końce nitki przybliża się wiszącą na niej kulkę do tylnej wargi części pochwowej, poczem mocno związuje się ze sobą oba końce nitki i w ten sposób przyciska się mocno kulkę z tyłu do części pochwowej. Następnie zdejmuje się szczypczyki Muzeuxa i tamponuje mocno pochwę gazą jodoformową, przez co podnosi się wysoko sklepienia, część pochwową i przywiązaną do niej kulkę. Uniemożliwia się też w ten sposób zesunięcie się kulki.

Po otwarciu jamy brzusznej i wytoczeniu macicy wyczuwa się bardzo łatwo kulkę, wypuklającą tylne sklepienie. Na niej prowadzi się też cięcie zupełnie śmiało, poczem, kiedy przez dostatecznie szerokie cięcie kulka stała się dostępną, chwyta się ją szczypczykami, wprowadzonymi w którykolwiek z trzech przewodów, co nie sprawia żadnej trudności. Pociągając teraz kulkę do góry, ciągnie się za nią część pochwową i w ten sposób natychmiast wprowadza się ją do jamy brzusznej. Ponad węzłem nitki znajduje się sklepienie przednie; węzeł ten więc wskazuje nam niejako miejsce, w którem mamy przeciąć błonę śluzową sklepienia przedniego.

Sposobem tym miałem dotąd sposobność raz tylko operować, przyczem stwierdziłem, że ułatwia on w wysokim stopniu rękoczyn. Otwarcie obu sklepień pochwy i oddzielenie pęcherza trwało bardzo krótko i było uderzająco łatwe. Sposób ten ma jeszcze i tę zaletę, że przewód szyi staje się przez mocne związanie nitki i przyciśnięcie kulki zupełnie niedrożnym, przez co unika się dostania się treści jamy macicznej do brzucha.

Zdaję sobie sprawę z tego, że sposób ten nie da się we wszystkich przypadkach zastosować, przedewszystkiem zaś tam, gdzie część pochwowa nie da się ściągnąć tak nizko, ażeby można było wygodnie igły przez nią przeprowadzać; ale są osoby, zwłaszcza wieloródki, u których da się to wykonać bardzo łatwo.

Rad będę, jeśli opis ten zachęci innych operatorów do próby i ułatwi im rękoczyn tak, jak mnie w powyżej wspomnianym przypadku.

Narzędzia wykonał p. W. Ornatowski, Kraków, Mikołajska.

Zadania i tory spółczesnej dyagnostyki chorób wewnętrznych.

Podał

Prof. dr Witold Orłowski.

(Wykład wygłoszony 4/17. maja przy objęciu katedry dyagnostyki lekarskiej w Kazaniu).

Szanowni Panowie! W dniu 20. X. 1906 r. wszechnica Kazańska zaszczyciła mnie wyborem na katedrę dyagnostyki lekarskiej. Dziś po raz pierwszy przemawiam do Panów. Jakkolwiek zawezwany zostałem do takiej samej działalności, jakiej — co prawda w rozmiarze o wiele skromniejszym — poświęciłem poprzednie lata od ukończenia Akademii wojskowo-lekarskiej, pomimo to jednak, przyznam się, przemawiam do Panów nie bez pewnego wzruszenia, odczuwam bowiem ogrom odpowiedzialności, ciążącej na mnie, jako na profesorze wszechnicy, której Wydział lekarski ma świetne tradycye, jako na jednym z kierowników pierwszych Waszych kroków w dziedzinie schorzeń ludzkich, wreszcie, jako na kierowniku kliniki. Tylko w nadziei wytworzenia żywej i nierozerwalnej łączności z wszechnicą widzę źródło tych sił, które mi dadzą możność spełnić zadanie.

Przemawiając dziś do Panów, widzę przed sobą słuchaczy, nietylko dokładnie już obznajomionych ze światem zjawisk fizyologicznych, lecz i stojących już, że tak powiem, po drugiej stronie tej granicy, za którą zapoznajecie się Panowie z niedolą i nieszczęściem w postaci chorób. Moim zaszczytnym obowiązkiem będzie obznajomienie Panów z metodami badania chorego ustroju i z temi oznakami, które już nietylko kładą na ustrój piętno choroby, lecz także pozwalają drogą syntezy i analizy wytworzyć sobie mniej więcej ścisłe pojęcie o charakterze sprawy chorobowej. Jeśli zwrócimy się do historyi medycyny, to łatwo się przekonamy, że w starożytnych czasach lekarz był bardzo ograniczony co do metod rozpoznawania spraw chorobowych w ustroju człowieka: nie mając ścisłych anatomicznych i fizyologicznych danych, nie posiadając ścisłych metod badania, musiał lekarz szczególniejszą uwagę zwracać na ogólne wejrzenie chorego *(habitus)*, na stan języka i powłok zewnętrznych, na cechy tętna i łatwo dostrzegalne zmiany wydalin ustrojowych, nie wyłączając czasami nawet badania ich smaku; korzystając z pierwotnych danych anatomicznych, zgodnie z zapatrywaniami szkoły Aleksandryjskiej IV—III. wieku przed Narodzeniem Chrystusa, lekarz stosował wreszcie i obmacywanie chorego ustroju. Jeśli do tego dodać wywiady, to na tem właściwie kończą się środki, którymi rozporządzał ówczesny lekarz w celu poznania istoty spraw chorobowych w ustroju. Cóż więc dziwnego, że rozpoznawanie chorób w owych czasach było bardzo niedokładne? Istotne podstawy naukowe zyskało badanie spraw chorobowych w ustroju dopiero od tego czasu, gdy prace Wezaliusza w XVI wieku położyły podwaliny wiedzy o prawidłowej budowie ustroju, gdy Harvey, odkrywając obieg krwi, dał bodziec do rozwoju fizyologii, gdy Virchow przykuł uwagę badaczy do komórek ustroju, dając początek patologii komórkowej, gdy wreszcie postępy nauk przyrodniczych zdobyły szereg nowych faktów w dziedzinie anatomii, fizyologii i patologii. Odrzuciwszy wnioski oderwane, nauka lekarska zwróciła się do szczegółowego badania tych zmian morfologicznych, do których wiodą te lub owe objawy chorobowe, i wytężyła uwagę w kierunku poznania zboczeń od prawidłowej budowy tkanek i narządów jeszcze za życia chorego. Odkrycie opukiwania (Auenbrugger 1761) i osłuchiwania (Laennec 1781—1826), olbrzymie postępy fizyki (mikroskop i t. d.) i chemii znamionują wielki rozkwit tego anatomicznego kierunku w patologii i dyagnostyce. Wystarczy wskazać na to, że obecnie umiemy nietylko rozpoznać obecność sprawy chorobowej w pewnym narządzie, lecz i rozstrzygnąć, jaka jego część, miąższowa czy śródmiąższowa, uległy zmianom, że możemy odgraniczyć sprawy, przebiegające w tak ściśle połączonych między sobą tkankach, jak wsierdzie, osierdzie i mięsień sercowy, nawet przy zmianach, współcześnie je zajmujących. Dążenia do poznania jeszcze za życia chorego zmian morfologicznych otrzymały w ostatnim dziesiątku lat silny bodziec dzięki odkryciu Röntgena. Promienie Röntgena, odznaczające się łatwością przenikania przez niektóre ciała nieprzejrzyste i fluorescencyą na płycie fotograficznej (ekran) pozwalają nam nietylko spostrzegać za życia cienie narządów na ekranie, lecz i ustalać na zawsze te obrazy narządów. Z postępami techniki dzięki tym promieniom zdołaliśmy obecnie wytworzyć sobie ściśle pojęcie o rozmiarach serca u chorych na rozedmę płuc, u których serce nieraz bywa przykryte płucami na całej przestrzeni; potrafimy rozpoznawać u tych chorych zapalenie osierdzia tam, gdzie opukiwanie nie wykrywa zboczeń (Béclère), wreszcie rozpoznawać przewlekłe zlepne zapalenie osierdzia (Stürtz, Lehmann i Schmoll). X-promienie pozwalają wytworzyć sobie ścisłe pojęcie o położeniu i wymiarach serca (de la Camp, Goldscheider, Moritz, Grünmach i Wiedemann, Karfunkel i inni) również przy wadach jego zastawek, przy zapaleniu mięśnia sercowego, przesunięciu się serca przy zmianie położenia badanego osobnika (Determann), przy wysiękach opłucnych, przy rozedmie płuc i t. d.; X-promienie nieraz wykrywają bardzo małe tętniaki tętnicy głównej i nowotwory śródpiersia, gdy zwykłe metody fizyczne dają jeszcze wyniki ujemne (v. Jaksch, Rumpf, Burdach, Mann, Schrötter, Pfeifer i wielu innych). Promienie te mogą być bardzo pożyteczne przy wykryciu ciał obcych w narządach wewnętrznych (Arnolds, Barri, Opiess, Lebiediew, prof. Ziemacki i inni), nawet kamieni kałowych (Ossig), przy zmianach gruczołów około-oskrzelowych i śródpiersia, zwłaszcza zwapniałych (Keller, Hennecart, de la Camp i inni), przy t. zw. środkowem zapaleniu płuc *(pneumonia centralis)*, gdy objawy, znamienne dla zapalenia płuc nie występują wskutek głębokiego położenia ogniska zapalnego (Grünmach i inni), przy zgorzeli płuc (Lenhartz, Rissling), przy ropniu płuca (v. Jaksch, Weinberger, Grünmach i Rieder), przy bąblowcach (Rosenfeld, Zadek i Levy-Dorn). King zaznacza, że rentgenoskopia może wykryć rozszerzenie oskrzeli w początkowych okresach, gdy inne metody kliniczne nie pozwalają jeszcze wykryć tej choroby; v. Jaksch za pomocą rentgenoskopii uzyskiwał wskazówki rozpoczynającego się rozejścia włóknikowego zapalenia płuc już wtenczas, gdy jeszcze ani ciepłota, ani opukiwanie z osłuchiwaniem nie wskazywały na zbliżanie się przełomu. Badanie promieniami Röntgena dozwala śledzić ruchy przepony i w ten sposób ułatwia rozwiązanie bardzo ważnego pytania, czy ognisko chorobowe znajduje się ponad lub pod przeponą. Niewyraźnie ograniczone o brzegach rozpływających się cienie na jasnem tle, odpowiednio do położenia płuc, ograniczenie ruchomości przepony (Rumpf, Dally, Lawson i Cromie, Wierjużskij i inni), mniejsza przejrzystość szczytu płucnego już w samym początku sprawy, gdy jeszcze brak innych oznak fizycznych, lub istnieje zaledwie nieznaczny kaszel, mogą dostarczyć badaczowi cennych wskazówek rozpoczynającego się rozwoju niebezpiecznej choroby płucnej (Kelsch i Boinon, Béclère, Bartelemy, de la Camp, Pfahler, Dally, Wierjużski i wielu innych).

W innych razach te cienie, nadające płucom wejrzenie plamiste, świadczą o rozsianiu się sprawy chorobowej po całem płucu już wtenczas, gdy zwykłe badanie wykrywa tylko zajęcie jednego szczytu. Obecność tych cieni na jaśniejszem, niż zwykle, tle, może ułatwić rozpoznanie gruźlicy, przebiegającej z rozedmą płuc. Zapomocą badania promieniami Röntgena można o wiele częściej, niż opukiwaniem i osłuchiwaniem wykryć jamy gruźlicze, nieraz nawet nader

male: mają one postać jasnych plam na ciemnem tle, przechodzących od czasu do czasu w gęste cienie, gdy jama wypełni się wydzieliną (Lewson, Rumpf i inni). Przy zapaleniu opłucnej badanie promieniami Röntgena może wskazać na stopień drożności płuca dla powietrza po wessaniu się wysięku (Boisson) lub wykryć w sąsiedztwie przebytego zapalenia opłucnej resztki sprawy, ściągającej płuco; w ten więc sposób X-promienie mogą wykryć takie nieznaczne następstwa zapalenia opłucnej, których nie stwierdza się zwykłemi metodami badania (Wierjużskij). Zazwyczaj tak trudne rozpoznanie międzypłatowego zapalenia opłucnej, gdzie wysięk zbiera się głęboko między płatami płuc, może być ułatwione w wysokim stopniu przez fotografowanie zapomocą promieni Röntgena, które wykrywa ciemne pasmo, nader wyraźnie odgraniczone z obydwóch stron dwiema jaśniejszemi przestrzeniami płatów płucnych (Béclère). Nadzwyczaj znamienny obraz dają X-promienie przy odmie opłucnej (Bouchard, Kienböck, Béclère i inni); na rentgenogramie i na ekranie widzimy zupełnie jasną przestrzeń, nieco tylko zaciemnioną w sąsiedztwie kręgosłupa, co odpowiada ugniecionemu płucu; pod tą przestrzenią, odgraniczając się bardzo wyraźnie, widać ciemne pasmo, odpowiednio do położenia wysięku, który zwykle towarzyszy odmie; jednocześnie widać przemieszczenie zewnętrznej granicy środkowego cienia, zależne od przemieszczenia śródpiersia; wreszcie, wstrząsając chorego, możemy widzieć na ekranie falowanie na granicy jasnej i ciemnej przestrzeni i w ten sposób odkryć znamienny dla omawianej sprawy chorobowej szmer pluskania (Pfahler). Obraz rentgenowski jest tak znamienny, że, zdaniem niektórych klinicystów (Kołowszczykow) sprawę chorobową można rozpoznać już na podstawie samego tylko tego obrazu. Kamienie nerkowe, zwłaszcza składające się ze szczawianu wapna, jak również kamienie pęcherza moczowego można wykryć za pomocą X-promieni (Müller, Abbe, Albarran i Contremoulins, Schönberg, Béclère, Petersen, Harris, Kümmel, Leonard, Beck, Blum, Czeremuchin i inni). Zdaniem niektórych (Blum i inni), rentgenografia, z wyjątkiem niektórych rzadkich przypadków, w których można wyczuć kamyk, jest jedynie pewną przedmiotową metodą wykrywania kamieni w nerkach. Przynajmniej w wielkiej statystyce Leonarda liczba przypadków, w których kamicę nerkową rozpoznano prawidłowo zapomocą X-promieni, stanowi 97%. Kamyki z kwasu moczowego i cystyny z łatwością przepuszczają X promienie i dlatego nie mogą być rozpoznane przy ich pomocy.

W ostatnich czasach z X-promieni korzystamy dla celów rozpoznawczych nawet i w zakresie narządów, przepuszczających te promienie. W tym celu wprowadzamy do jam tych narządów substancye, zatrzymujące X-promienie, n. p. ferratynę, żelazo odtlenione wodorem, srebro koloidalne, rtęć, śrót, przeważnie zaś azotan bizmutu zasadowy (Tieder, Holzknecht i inni). Tą metodą udało się wielu badaczom (Doyen, Rosenfeld, Holzknecht, Boas, Levy-Dorn, Blum, Béclère, Cohn i inni) rozpoznawać zwężenia, rozszerzenia i uchyłki przełyku, rozszerzenie żołądka i jego opadnięcie (Dalton i Reis, Schüle i inni), badać prawidłowy pęcherz moczowy i rozpoznawać uchyłki, nieprawidłowe położenie pęcherza i t. d. (Völcker i Lichtenberg, Keller), rozpoznawać nowotwory żołądka w początkowych okresach, gdy inne metody dają wyniki ujemne (Strauss, Holzknecht, Steyrer i inni). Schütz tym sposobem rozpoznawał wcześnie zwężenie odźwiernika i jego położenie, jak również oznaczał siedzibę nowotworów żołądka, prof. Hemmeter rozpoznawał wrzód okrągły żołądka, wreszcie Rieder, a następnie Pfahler, Schüle, Holzknecht i Brauner tą drogą nietylko otrzymali za życia pouczające dane, dotyczące topografii przewodu pokarmowego, lecz także spostrzegali przebieg różnych okresów trawienia.

Przytoczone przykłady dostatecznie pouczają, iż kierunek anatomiczny w rozpoznawaniu chorób zdołał skorzystać z odkrycia Röntgena i znaleźć w niem dla siebie poparcie. Przy ocenie danych, uzyskanych zapomocą promieni Röntgena, należy jednak mieć zawsze na pamięci, że X-promienie dają tylko mniej więcej zmienione cienie badanych narządów, nie zaś rzeczywiste ich obrazy. X-promienie więc dają tylko przybliżone pojęcie o kształtach, wielkości i położeniu narządów, zależnie od odległości narządu od źródła promieni, od kierunku promieni, grubości narządu, jego składu w różnych warstwach i wielu innych przyczyn. Jeśli n. p. w płucu przebiegają jednocześnie dwie sprawy chorobowe, z których jedna zwiększa, a druga zmniejsza przejrzystość sąsiednich warstw płucnych, to badanie zapomocą promieni Röntgena może dać nam wskazówki, które łatwo mogą doprowadzić badacza do wniosków mylnych (Wierjużski). Z innej strony obrazy rentgenoskopowe dają pojęcie o kształtach, rozmiarach i położeniu narządów, również o zmianach w nich, nie przysparzają jednak wskazówek, któreby mogły dopomódz do wyświetlenia przyrody sprawy chorobowej. Wskazując n. p. na mniejszą ilość powietrza w jakimkolwiekbądź odcinku płuc, X-promienie nie rozwiązują pytania, czy to jest naciek n. p. zapalny, czy niedodma, czy wreszcie nowotwór (v. Jaksch, Otten i in.); dając cień przy wypocinie opłucnej (Lehmann i Stapler i in.), nie ułatwiają one rozwiązania doniosłego dla chorego pytania, czy wysięk jest surowiczy, czy ropny.

Trzeba jednak przyznać, że i przed wprowadzeniem do dyagnostyki odkrycia Röntgena, rozwiązanie tych zadań tylko na podstawie badania zmian morfologicznych w tkankach i narządach było nieraz wprost niemożliwe. Tylko przez wprowadzenie do dyagnostyki nowego czynnika, — patologicznej fizyologii, rozpoczyna się nowa epoka, która pogłębia nasze pojęcia o istocie spraw chorobowych. Dowiedzieliśmy się mianowicie o istnieniu chorób, w których nawet poszukiwania na zwłokach nie wykrywają żadnych zmian anatomicznych i tylko badanie czynności fizyologicznych za życia rzuca dostateczne światło na stan ustroju i przyczynę zejścia śmiertelnego. Dowiedzieliśmy się również, że jednakowe zmiany w narządach mogą być wywołane nieraz przez sprawy różnego charakteru; tak n. p. i gruźlica i kiła mogą wytworzyć bardzo podobne zmiany w płucach. Dowiedzieliśmy się wreszcie, że jedna i ta sama przyczyna może wywołać szereg nadzwyczaj różnorodnych zmian nietylko w różnych narządach ustroju, lecz i w jednym i tym samym narządzie, n. p., szereg zmian od gruzełka prosowatego aż do powstania owrzodzeń i jam. Wszystko to przekonało nas, że określenie zmian anatomicznych nie jest dostateczne, że dla prawidłowszej oceny sprawy chorobowej, dla jej poznania, niezbędnem jest wyświetlenie jej patogenezy i zapoznanie się z przebiegiem różnych czynności ustroju. Rozwojowi tego kierunku w dyagnostyce dopomogły postępy fizyologii patologicznej, a zwłaszcza bakteryologii, która rzuciła światło na pochodzenie wielu spraw chorobowych. Nie będę tu zatrzymywał uwagi Panów na dawniejszych świetnych odkryciach rozmaitych drobnoustrojów chorobotwórczych, — odkryciach, które wywołały przełom w medycynie i biologii, przypuszczam bowiem, że są to rzeczy Panom już znane. Uważam jednak za niezbędne podkreślić, że znaczenie tego kierunku w dyagnostyce, zasadzającego się na badaniu stanu fizyologicznego ustroju i na wyświetleniu w każdym poszczególnym przypadku patogenezy, jest tak doniosłe, iż umysł ludzki nie przestaje dążyć do odkrycia nowych metod w tym kierunku. W ostatnich latach pod tym względem dużo nadziei pokładano w badaniu krwinek białych i stosunku poszczególnych ich gatunków tak we krwi, jak i w rozmaitych płynach patologicznych. (C. d. n.)

Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie. (Dyrektor: Radca Dworu Prof. Jakubowski).

O mongołowatości.

Wykład kliniczny [1]).

Podał

Doc. dr Ksawery Lewkowicz.

Korzystając z nadarzającego się przypadku chciałbym Panów zaznajomić z obrazem chorobowym, który dopiero od niedawna większe wzbudza zajęcie. Cierpienie to nie jest zbyt częste, gdyż w okresie lat trzech widzę dopiero drugi przypadek; przytem pierwszego nie można uważać za typowo rozwinięty. Nie jest ono jednakże tak rzadkie, jakby się to na pozór mogło wydawać, gdyż niewątpliwie bardzo często nie jest rozpoznawane. Za dowód może posłużyć i nasz przypadek, gdyż przeszedł on przez ręce paru pedyatrów, nie zwróciwszy na siebie uwagi. Chodzi o t. zw. mongołowatość *(mongoloid)*, mongolizm *(mongolismus)* lub niedołęstwo umysłowe mongołowate *(idiotismus mongoloides)*.

Rozpocznę od przedstawienia przypadku:

M. C., lat $2\frac{1}{4}$, przyjęta została do szpitala św. Ludwika dnia 3. stycznia 1907 nr. dz. 96 z rozpoznaniem błonicy. Po zastosowaniu surowicy swoistej objawy choroby ustąpiły i chora przeniesioną została na oddział rezerwowy. Tutaj rozwinęło się zapalenie oskrzeli, połączone z lekką gorączką, a w następstwie tego cierpienia zrazikowe zapalenie płuc, zajmujące dolne płaty, z objawami fizycznymi nie zbyt rozległymi i wybitnymi.



Od matki dowiadujemy się, że dziecko urodziło się na czasie, karmione było w pierwszym roku życia wyłącznie piersią, w drugim obok piersi dokarmiane, a zupełnie odstawione dopiero w wieku dwóch lat. Matka podnosi, że tylko z trudnością udało się jej nauczyć dziecko przyjmować obok piersi inne pokarmy. Mimo nienagannych warunków żywienia dziecko było zawsze blade i wątłe i rozwijało się powoli. Dopiero przed paru miesiącami nauczyło się siedzieć. Lekarz, do którego się matka zwróciła o poradę, miał rozpoznać krzywicę i słabość życiową. Dziecko nic nie mówi, co najwyżej mruknięciami wyraża swe chęci. Podobno jednak nieco rozumie mowę, a w każdym razie poznaje usposobienie rodziców, np. zganione płacze. Nieprawidłowe jego wejrzenie zauważono wkrótce po urodzeniu.

Badaniem stwierdzamy (patrz fotogram) upośledzenie w rozwoju ogólnym, w szczególności w rozwoju kośćca. Dziecko wygląda na roczne, lub, co najwyżej, $1\frac{1}{2}$-roczne, ma zaś lat $2\frac{1}{4}$. Ciężar ciała 7·300 kg, coby odpowiadało wiekowi 7 miesięcy, długość ciała 73 cm, coby odpowiadało wiekowi około $1\frac{1}{4}$ roku, obwód piersi pod pachami 40·5 cm. Kościec jest wątły, kości długie, cienkie, wysmukłe. Ciemię, które powinno być od roku zamknięte, jest jeszcze szeroko otwarte, jego przekątnia strzałkowa wynosi 5·5, wieńcowa 4·5 cm. Zębowanie jest również opóźnione $\frac{\text{d—baab—d}}{\text{d—baab—d}}$ i odpowiada wiekowi $1\frac{1}{2}$ roku. Od razu zaznaczę, że stwierdzamy tylko bardzo nieznaczne ślady krzywicy: nieznaczne zapadnięcie okolic podsutkowych, ślad różańca. Ten stopień krzywicy nie wystarcza do wytłómaczenia opisanego opóźnienia rozwoju kośćca.

Obok tego ogólnego niedokształcenia kośćca przedewszystkiem uderza zmiana w budowie twarzy i czaszki. Stwierdzamy wybitne krótkogłowie *(brachycephalia)*; wymiar strzałkowy wynosi 13·7, poprzeczny 13·3 cm, obwód 44 cm, czaszka jest przytem niezupełnie symetryczną i okazuje guzy. Wybitniejsze są jeszcze zboczenia w budowie twarzy; nadają one jej pewien szczególny typ: twarzy mongolskiej. Twarz wydaje się jakby z przodu na płasko zgniecioną, wszystko bowiem znajduje się w niej prawie w jednej płaszczyźnie: grzbiet nosa jest nizki, zapadły, część skrzydłowa szeroka i płaska, oczy znów raczej ku przodowi wysunięte do poziomu czoła i policzków, podobnie kości jarzmowe. Twarz jest szeroka. Barwa skóry na twarzy jest blada z odcieniem żółtawym. Szpary powiekowe są wyraźnie skośnie ustawione, węższe, rozporkowate i krótsze; mianowicie ku zewnątrz wydają się skrócone, a powieki tutaj są jakby zrośnięte. Usta w spoczynku wązkie, przy śmiechu lub płaczu szeroko się roztwierają. Płatki uszne są wyraźnie niedokształcone.

Co do kończyn, to stwierdzamy, że ręka jest krótka (p. niżej radyogram), podobnie palce, szczególniej kciuki i palec 5, który dosięga zaledwie do połowy palca 4. Wreszcie stwierdzamy na palcu 5 przykurczenie między 1 a 2 członkiem, wybitniejsze po stronie prawej, niż po lewej.

Opóźnienie rozwoju nie dotyczy wyłącznie tylko kośćca. Stwierdzamy, że także rozwój siły mięśniowej i ruchów nie odpowiada wiekowi. Dziecko zaledwie potrafi siedzieć i to przy odpowiedniem podparciu, nie stoi zaś i nie chodzi. Odpowiadałoby to rozwojowi dziecka $\frac{1}{2}$-rocznego.

Wyraźnie opóźniony jest także rozwój umysłowy. Dziecko ma wyraz bezmyślny, głupowaty, trudno je czemkolwiek zająć. Czasem można je pobudzić do idyotycznego uśmiechu, lub do płaczu, przeważa jednak zachowanie się ciche i obojętne. Dziecko wcale nie mówi i, zdaje się, nie rozumie zupełnie mowy, znajduje się zatem na stopniu rozwoju umysłowego dziecka kilkomiesięcznego. Upośledzenie zatem rozwoju w większej jeszcze mierze odbija się w rozwoju psychicznym i rozwoju ruchów, niż w rozwoju kośćca.

Dalszym objawem jest nadmierna ruchliwość. Twarz często stroi dziwne grymasy. Język, może nieco większy, a przynajmniej dłuższy, wystawiany bywa często przez otwarte usta. Na języku zauważyć można powiększenie brodawek, wynik drażnienia przez tarcie. Także w zakresie tułowia i kończyn stwierdzić można wykonywanie ciągłych ruchów, kręcenie się, wyginanie, co sprawia, że dziecko z pościeli często się rozkopuje. Ruchliwość ta tworzy kontrast ze słabym rozwojem mięśni i ich wiotkością (hypotonią). Stawy są wiotkie, ich ruchomość bierna zwiększona, niema jednak nigdzie stawów cepowych. Najwybitniej stwierdzić można tę nadmierną ruchomość w stawach biodrowych i kolanowych, w których łatwo można wykonać nadmierne wyprostowanie, podobnie na stawach śródręcznopalcowych.

Podobnie, jak mięśnie, jest także wiotka skóra, która łatwo daje się fałdować, a kształty ciała mają w sobie coś miękkiego, rozpływnego.

Skóra i błony śluzowe są blade.

Oddech charczący. Badanie palcem jamy nosowogardłowej nie wykrywa wyrośli gruczołowatych. Badanie płuc stwierdza nieżyt oskrzelowy i ogniska zapalenia zrazikowego w dolnych płatach. Tony serca czyste. Brzuch nieco powiększony; przepukliny pępkowej niema. Stolec prawidłowy. Wątroba macalna na $1\frac{1}{2}$ palca niżej łuku żebrowego, śledziona niemacalna.

Rentgenogram rąk (p. rycinę) okazuje w nadgarstkach po dwa jądra (*os capitatum i hamatum*). Niema jądra w dolnej nasadzie kości sprychowej i u podstawy kości śródręcza kciuka, a brak tych jąder w trzecim roku życia w przypadkach prawidłowych należy do rzadkości (Heimann i Potpeschnigg). Na rentgenogramie uwydatnia się wybitnie przykurczenie drugiego członka palca piątego po obu stronach.

[1]) Według wykładu w Tow. lek. krak. w dniu 16. stycznia 1907.

Rozpoznanie w danym przypadku nie może ulegać wątpliwości; chodzi o mongołowatość czyli mongolizm. Przypadek ma wszystkie ważniejsze cechy tego zboczenia w stopniu wybitnym.

Nie będę szczegółowo opisywał drugiego przypadku, który obserwuję od lat trzech. Przypadek ten przedstawia się jako postać niezupełna. Pierwszym objawem, który zwrócił na siebie uwagę, było drżenie gałki ocznej po stronie lewej. Rozwinęło się ono u dziecka $^1/_2$-rocznego bezpośrednio po przebyciu zapalenia płuc. Przypadek ten był pierwotnie w opiece prof. Raczyńskiego, który oddając mi go skłaniał się do rozpoznania nowotworu mózgowego. Przeciw temu rozpoznaniu przemawiały jednak pewne okoliczności: usposobienie dziecka raczej wesołe, brak wysklepienia ciemienia lub powiększenia wymiarów czaszki. Rozstrzygnął rzecz dalszy przebieg. Główny objaw: drżenie gałki ocznej,



ustąpił po kilku miesiącach samorodnie. Jakiś czas rozważałem, czy nie zachodzi tu postać niezupełna obrzęku śluzowatego, ostatecznie jednak doszedłem do rozpoznania mongolizmu. Zgadzały się z niem wszystkie stwierdzone u chorego objawy: zmarszczka nakątna obustronna, twarz przypłaszczona, cera żółtawa, szpary powiekowe wprawdzie nie skośne, ale przynajmniej poziome, wyrośle gruczołowate jamy nosowogardłowej, upośledzenie w rozwoju kośćca, a co najważniejsza, wybitne upośledzenie rozwoju umysłowego. Dziecko obecnie, w wieku $3^1/_2$ lat, mówi wprawdzie, ale mowa jest słabo rozwinięta, a wymowa wadliwa, wielu wyrazów wprost nie można zrozumieć.

Tyle co do moich przypadków.

Cierpienie, o którem mowa, znane jest już dość dawno, pierwsze doniesienie Langdon Downa pojawiło się bowiem w r. 1866; na kontynencie nie zwracano jednak na nie dłuższy czas uwagi, co musi się wydawać dziwnem wobec uderzających cech cierpienia i licznych opisów w piśmiennictwie angielskiem i amerykańskiem. Z niemieckich autorów pierwszy pisał o niem Neumann z Berlina 1899, drugi Kassowitz z Wiednia 1902. Dopiero jednak w ostatnich paru latach sprawa weszła na porządek dzienny, co uwydatnia się wielką liczbą artykułów, poświęconych temu cierpieniu w czasopismach pedyatrycznych francuskich i niemieckich.

Badanie anatomiczne stwierdza często w narządach wewnętrznych zboczenia rozwojowe. Pierwsze miejsce należy się zboczeniom mózgowia. W niektórych przypadkach stwierdzano niedokształcenie móżdżku, mostu, lub rdzenia przedłużonego. W innych znowu sam mózg był przedewszystkiem dotknięty: na całej przestrzeni półkul, lub tylko w zakresie pewnych zrazów (czołowych, skroniowych) zakręty były prostsze, z gruba zarysowane, bez fałdów przejściowych, rowki płytkie, kora uderzająco blada. Mikroskop wykrywał zmniejszoną liczbę komórek zwojowych, niekiedy większą ilość gleju, lub tkanki łącznej okołonaczyniowej.

Musimy sobie zadać pytanie, jak zapatrywać się na znaczenie tych zmian w patogenezie całego obrazu chorobowego. Otóż wobec tego, że zmiany te nie są stałe, nie są zawsze jedne i tesame, że zdarzają się także w innych rodzajach wrodzonego niedołęstwa umysłowego, nie można im przypisać w patogenezie choroby większego znaczenia. Należy je uważać za wynik zboczenia, lub też opóźnienia w rozwoju, dotykającego także wiele innych narządów i zależnego od jakiejś wspólnej, nieznanej nam przyczyny. Jako takie wady rozwojowe, dające się stwierdzić częściowo już przy badaniu klinicznem, należy wymienić wady serca (najczęściej połączenie komór, w jednym przypadku Combyego wspólny dla obu komór przedsionek), niedokształcenie zewnętrznych narządów płciowych, wnętrostwo *(cryptorchismus)*, rozszczepienie podniebienia, zaćmę wrodzoną, wązkość krtani i t. d. Co do twarzy mongolskiej, to Comby przypuszcza, że także ona odpowiada pewnemu okresowi rozwoju płodowego i przez powstrzymanie dalszego rozwoju na zawsze się utrwala. W gruczole tarczowym nie ma zazwyczaj zmian wyraźniejszych, nawet przy badaniu histologicznem. W pewnych jednak przypadkach może i on być wyraźnie zmieniony i okazywać pewne zboczenia w pierwo-

cinach miąższowych i lekkie bujanie tkanki łącznej (Philippe i Oberthur, Lange, Fromm). Grasica i nadnercze zmian nie okazują.

Etyologia cierpienia nie jest jasna. Cierpienie to spotyka się w niemowlęctwie częściej, aniżeli w późniejszym wieku, ale to dlatego, że jest wrodzone, a dzieci mongołowate mało są wogóle odporne i wczas zazwyczaj umierają. U chłopców ma być ono częstsze, niż u dziewcząt, ale nie we wszystkich statystykach widać to wybitnie. Jako przyczynę przytaczano różne czynniki, niekorzystnie wpływające na zdrowie rodziców, szczególnie na zdrowie matki podczas ciąży: alkoholizm, kiłę, gruźlicę, wiek późniejszy, liczne poprzednie ciąże, nędzę, nadmierną pracę, zmartwienia i choroby. Wymieniano wreszcie także dziedziczność neuropatyczną i pokrewieństwo rodziców. Czynników tych nie stwierdza się jednak stale, są one zresztą co do swej przyrody zbyt różnorodne, a przytem przeważnie zbyt rozpowszechnione i dlatego trudno przypuścić, żeby mogły być przyczyną cierpienia, bądź co bądź nie codziennego. W naszym przypadku matka podaje, że pracowała ciężko podczas ciąży. Tak samo jednak pracowała w pierwszej ciąży, a dziecko mimo to jest zdrowe.

Co do symptomatologii, to mogę się powołać na opis pierwszego przypadku. Zaznaczyć jednak należy, że obok wielu cech, wspólnych przeważnej liczbie przypadków, co nadaje im pewne rodzinne jakby podobieństwo, w każdym prawie przypadku mongołowatości są drobniejsze lub ważniejsze szczegóły, odróżniające go od innych, i to albo w kierunku dodatnim, albo ujemnym. Dlatego symptomatologię naszych przypadków należy uzupełnić paru szczegółami.

Na twarzy stwierdzić można prawie zawsze zmarszczkę nakątną *(epicanthus)* w mniejszym lub większym stopniu. W naszym pierwszym przypadku objawu tego brakuje, wybitny jest w drugim. Gałki oczne okazują niekiedy zez, lub drżenie *(nystagmus)*, objaw, który pierwszy zwrócił uwagę otoczenia w przypadku naszym drugim. Zboczenie w budowie twarzy zauważają rodzice zwykle zaraz po urodzeniu się dziecka i często nie mogą się powstrzymać od okrzyku, że urodził się Japończyk lub Chińczyk. W jednym przypadku Combyego nazwano dziecko »Ojamą«. W innym ojciec upatrywał przyczynę cierpienia w zapatrzeniu się matki w czasie ciąży na typy japońskie w pismach ilustrowanych podczas wojny rosyjsko-japońskiej. Cera twarzy jest zwykle brudno-żółta, co zwiększa podobieństwo do rasy mongolskiej, w niektórych znów przypadkach na policzkach i brodzie jest miejscowe, ściśle odgraniczone zaczerwienienie, co nadaje twarzom tych dzieci wejrzenie twarzy klowna (Siegert). Język jest początkowo prawidłowy, później powstaje skutkiem ciągłych ruchów zaczerwienienie, przerost brodawek, wreszcie pooranie rozpadlinami, wrębami (język mosznowaty).

Ręka i stopy są krótkie. Zapomocą rentgenografii można stwierdzić, że niedokształcenie dotyczy szczególniej drugich i trzecich członków palców. W naszym przypadku stwierdziliśmy przykurczenie drugiego członka palca piątego, objaw, zdaje się, rzadki; wzmianki o nim nie napotkałem w dostępnem mi piśmiennictwie. Muir mówi o wykrzywieniach palców jako o objawie znamiennym dla mongolizmu, Hermann o zagięciu końcowego członka palca piątego, Effler o ustawieniu tegoż członka na zewnątrz, Lange o zwróceniu ku wewnątrz.

Dzieci mongołowate mają skłonność do otyłości i nagromadzenia tłuszczu w pewnych okolicach, n. p. na szyi, nad obojczykami.

Brzuch jest duży, dość często napotyka się małego stopnia przepuklinę pępkową. Stolec często zaparty.

Rozwój umysłowy jest zawsze wyraźnie upośledzony, stopień jednak tego upośledzenia bywa różny i możnaby ułożyć całą skalę od ograniczoności i głupowatości do wyraźnego niedołęstwa umysłowego (idyotyzmu). Mowa rozwija się późno. Jeżeli osobnik dochodzi do wieku szkolnego, lub do wieku dojrzałego, to jest on zdolny tylko do najprostszych czynności: posług, zamiatania, pracy na roli itp. W szczególności zdolności do rachunków są bardzo małe. Przeciwnie, jak zaznacza Comby, dzieci takie są bardzo wrażliwe na muzykę, mają pamięć muzyczną i w tym kierunku mogą być kształcone. Mogą się także wyuczyć czytać, pisać i rysować.

Stałość upośledzenia inteligencyi skłoniła wielu autorów (Down, Neumann, Heubner, Comby) do określenia cierpienia jako pewnego rodzaju niedołęstwa umysłowego, cechującego się typem mongolskim twarzy. Pojmowanie takie o tyle jest niesłuszne, że zmiany mózgu i objawy umysłowe, które są ich wyrazem, chociaż mają niewątpliwie pierwszorzędną doniosłość, musimy uważać tylko za równorzędne ze zboczeniami w rozwoju i czynnościach wielu innych narządów, a nawet właściwie całego ustroju. Określenie powyżej przytoczone uwzględnia tylko dwa najważniejsze objawy cierpienia, a nie ujmuje nietylko jego istoty (to o tyle byłoby usprawiedliwione, że ostatecznej przyczyny jego nie znamy), ale nawet nie obejmuje całości zmian anatomicznych i zboczeń czynnościowych. Cierpienie należy więc określić jako zboczenie rozwojowe, objawiające się powstrzymaniem rozwoju, lub też opóźnieniem rozwoju całego ustroju, przyczem jednak rozmaite narządy mogą być w różnym stopniu dotknięte, jak to wynika z opisu zmian anatomicznych i objawów klinicznych.

Rozpoznanie w przypadkach typowych jest łatwe. W postaciach niezupełnych lub nieczystych omyłki są częste i zdarzały się nawet wybitnym klinicystom. Za przykład może posłużyć przypadek Siegerta, ogłoszony początkowo jako obrzęk śluzowaty i przypadek Bernheim-Karrera, w którym rozpoznanie Siegerta podał w wątpliwość.

W niektórych przypadkach rozpoznawano u noworodków słabość życiową na podstawie niechęci do chwytania piersi i słabego rozwoju. Opóźnienie w rozwoju kośćca i siły mięśniowej może być powodem pomieszania mongolizmu z krzywicą. Należy jednak pamiętać także o możliwości kombinacyi obu chorób. Obrzęk śluzowaty wyłączyć zwykle łatwo. Objawy rozwijają się tu dopiero w jakiś czas po urodzeniu; rozwój cielesny i umysłowy jest o wiele więcej upośledzony lub całkowicie powstrzymany; skóra z pokładami śluzowatymi; twarz obrzękła, wstrętna, język powiększony, wystający; włosy rzadkie, szczecinowate, kruche, brak potów, ociężałość ruchowa i umysłowa, wybitny wpływ przetworów gruczołu tarczowego. Badanie co do obecności lub braku gruczołu tarczowego nie ma za życia, mianowicie u dzieci, żadnej wartości.

W okolicach podgórskich u potomstwa rodziców do-

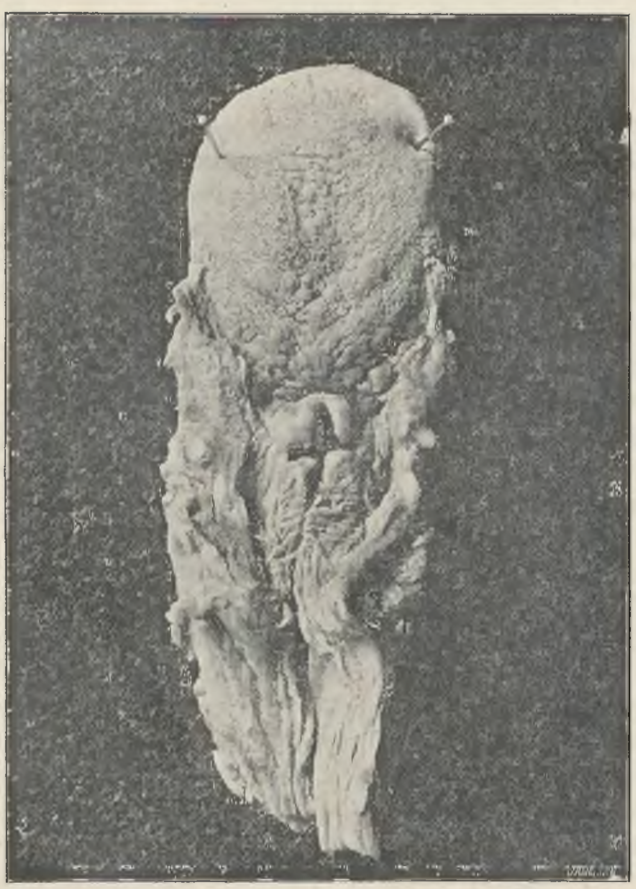
tkniętych wolem trzeba rozważyć możliwość matołectwa miejscowego. Mikromelię, czyli chondrodystrofię wyłączyć łatwo, tu bowiem jedynym objawem jest krótkość trzonów kości długich, inteligencya zaś jest prawidłowa, a twarz niema typu mongolskiego.

Rokowanie jest co do wyleczenia niekorzystne, ale także co do życia należy poczynić pewne zastrzeżenia, dzieci mongołowate są bowiem bardzo mało odporne i najczęściej wcześnie umierają na choroby zakaźne, na zapalenie oskrzeli i płuc, wreszcie na gruźlicę.

Co do leczenia, to takim dzieciom należy zapewnić jak najlepsze warunki higieniczne, w późniejszym czasie rozwijać ich władze umysłowe i to przedewszystkiem w tym kierunku, w którym dzieci te okazują stosunkowo największe uzdolnienie. Warto spróbować podawania przetworów gruczołu tarczowego, do czego zachęcać mogą niektóre przypadki, n. p. przypadek Siegerta. W zakresie niektórych objawów (upośledzenie wzrostu, pokłady tłuszczowe podskórne) można osiągnąć tym sposobem niekiedy wyraźną poprawę. Wynik jest jednak zawsze tylko częściowy; niekiedy zaś leczenie nietylko nie wpływa korzystnie, ale jeszcze rozdrażnia chorych, odbiera im sen i łaknienie. Nie należy w takim razie próby zbytnio przedłużać.

Uzupełnienie.

W parę dni po przedstawieniu dziecko zmarło wśród objawów zapalenia płuc zrazikowego. Z wyniku badania anatomicznego, które wykonał w Zakładzie anatomii patol. U. J. prof. Ciechanowski, przytoczę tylko ważniejsze szczegóły.



Waga mózgu była znacznie niższa od prawidłowej: 883 gr. (Podobne liczby przytacza w swoich przypadkach Comby. Ciężar prawidłowy waha się w trzecim roku życia u dziewcząt, jakby się okazywało z 10 przypadków Michaelisa, około 1000 gr i wynosi średnio 1088 gr. Tylko w jednym z tych przypadków u dziecka zmarłego z gruźlicy, stwierdził ten autor ciężar 818 gr). Mózg wyraźnie krótki w wymiarze przodowotylnym. Wybitnych zmian w półkulach zauważyć nie można, cały natomiast pień mózgu wyraźnie niedokształcony: wymiary mostu 21:17 mm, szerokość rdzenia przedłużonego 16 mm. Ciężary narządów miąższowych: śledziona 21, nerki 39 i 40, serce 49, wątroba 336 gr.

Wyrośli gruczołowatych w jamie nosowogardłowej nie stwierdzono. Wązkość jamy nosowogardłowej. Wejście do krtani skutkiem wygięcia nagłośni i zgrubienia błony śluzowej na nagłośni i na chrząstkach nalewkowatych znacznie zwężone i przedstawiające kształt treflowaty (p. rycina). Zmiana ta, — podobne zmiany opisywano także poza mongolizmem jako przyczynę charczenia, lub dyszenia wrodzonego, — tłomaczy charczenie, stwierdzane przy oddychaniu za życia.

Stwierdzono dalej zwykły obraz nieżytu oskrzeli i nieżytowego zapalenia płuc. Zlepy opłucne ograniczone. Zserowacenie niektórych gruczołów okołooskrzelowych. Zwyrodnienie tłuszczowe narządów miąższowych. W sercu, ani w narządach rodnych wewnętrznych niema zmian rozwojowych. Gruczoł tarczowy makroskopowo prawidłowy.

Piśmiennictwo. Bernheim-Karrer (Jahrb. f. Kinderh., tom 64, str. 26, tamże dyskusya z Siegertem). — Comby (Arch. de Med. des Enf. 1906 i 1907) — Effler (Deuts. med. Wochs. 1907, str. 444). — Fromm (Monatsch. f. Kinderh. 1905, str. 245). — Heimann i Potpeschnigg (Jahrb. f. Kinderh. 1907, tom 65, str. 437). — Hermann (ref. w Monats. f. Kinderh. 1905, str. 331). — Kassowitz (Wien. med. Presse 1902). — Heubner (Lehrbuch d. Kinderh., tom II, 1906). — Lange (Monats. f. Kindh. 1906, str. 233). — Muir (ref. w Monatsch. f. Kinderh. 1903. str. 154). — Michaelis (Monatsch. f. Kinderh. 1907, str. 9). — Neumann (Berl. klin. Woch. 1899). — Philippe i Oberthur (cyt. przez Langego). — Siegert (Monatsch. f. Kinderh. 1906, str. 113).

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala kraj. w Sarajewie.

O sprawności serca i o jej ocenianiu.

Skreślił

Prof. Dr Ludomił Korczyński.

(Ciąg dalszy.)

Nie potrzeba wszakże stałych i namacalnych zboczeń anatomicznych w narządach, których stan wiąże się z czynnością serca, aby serce znalazło się w niezwykłych warunkach. Na serce działają jeszcze inne czynniki i zmieniają jego fizyologiczne działanie i zdolność do pracy. Znamy cały szereg spraw chorobowych, które bądź bezpośrednio, bądź pośrednio tylko wpływają na mięsień sercowy. A czynią to nietylko podczas właściwej choroby, ale nawet i w okresie wyzdrawiania. Odnosi się to do wielu chorób zakaźnych, że dla przykładu wymienimy grypę, błonicę, zapalenie płuc włóknikowe, dur brzuszny i t. d. Serce wytrzymuje chorobę jako taką, a mimo to powstają w niem zmiany, nie dające się zwykłem badaniem klinicznem wykryć i określić, które sprawiają, że mięsień sercowy wymawia posłuszeństwo, jeśli ozdrowieniec nie zachowuje się odpowiednio — wprost dlatego, że, czując się ogólnie dość silnym, nie wie o tem, iż nie wolno mu wymagać większych wysiłków od serca. Wszak znamy przypadki nagłej śmierci po przebytem zapaleniu płuc, po błonicy i innych chorobach zakaźnych, której przyczyna leży w porażeniu serca, wywołanem przez nieopatrzny wysiłek chorego. Rola lekarza, umiejącego dobrze badać i dokładnie oceniać stan serca, jest w przypadkach zdrowienia bardzo ważna, doświadczona jego rada bardzo pożądana i owocna, znaczy prawie zawsze więcej, aniżeli zapisanie najlepszej nawet recepty.

Ale nietylko w stanach nieprawidłowych, w chorobie, baczyć trzeba na serce. Pamiętać trzeba o tem, co powiedzieliśmy na wstępie o sercu ludzi zdrowych, o niejednakowej wytrzymałości serca na wpływ fizycznej pracy.

Jak wielki, a często bardzo ujemny wpływ wywierać może praca fizyczna na mięsień sercowy, uczą spostrzeżenia, pochodzące jeszcze z owych czasów, kiedy badanie narządu krążenia i rozpoznawanie chorób serca nie stało na dzisiejszej wysokości, a raczej było w samych dopiero zaczątkach. Nie będziemy tu mówić o starych podaniach i opisach, ale wspomnimy o względnie nowszych sprawozdaniach lekarskich. Już Corvisart znał przypadki nagłej śmierci i ciężkich schorzeń serca, nierzadko śmiertelnych, po nadmiernych wysiłkach fizycznych. Znaczne powiększenie rozmiarów serca i powiększenie pojemności jego jam stanowiło tam najwidoczniejszy objaw choroby — i stąd zapewne poszła nazwa *aneurysma cordis*, używana przez Corvisarta dla określenia owej choroby. Między innymi podaje on opis choroby jednego z kuryerów wielkiej armii napoleońskiej, który, po przebyciu konno bardzo długiej drogi, zginął w ciągu kilku dni skutkiem ostrej niedomogi serca. Do tej samej grupy należą opisy, skreślone przez Bouillanda, Hoppego i b. w. in. współczesnych i późniejszych klinicystów.

Wszystkie te spostrzeżenia były wszakże raczej okolicznościowe tylko, tworzyły niewątpliwie cenny materyał kazuistyczny, ale nie wnikały dość głęboko w jądro rzeczy. Z badaniami systematycznemi, czynionemi z planem i świadomością celu, spotykamy się dopiero nieco później w pracy lekarza angielskiego Peacocka. Widział on u górników, pracujących w głębokich szachtach podziemnych, do których prowadziły szeregi drabin, bardzo często chorobę serca, niezłączoną pochodzeniem ani z nagłym urazem, ani też z żadną z tych chorób, które pośrednio lub bezpośrednio wzniecają sprawy zapalne ostre lub przewlekłe, czy też sprawy zwyradniające w sercu. Badając dokładniej pochodzenie choroby serca, doszedł on do wniosku, że czynnikiem, który ją wywołuje, nie może być nic innego, jeno praca fizyczna. »Choroba serca« — mówi Peacock — »powstaje mojem zdaniem w tych przypadkach przez rozszerzenie i znużenie serca, wywołane stałem i męczącem wspinaniem się po drabinach«. O jej objawach zbytecznem byłoby mówić obszerniej. Wnosić o nich można wprost z nazwy, używanej przez górników: zwano ją *miners asthma* lub *miners consumption*. Duszność pochodzenia sercowego i rozwijająca się chera, którą w właściwej postaci widzimy często u osób chorych na serca, stwarzały obraz choroby.

Peacock nie wyszedł poza ramy miejscowych spostrzeżeń i nie skrystalizował, nie uogólnił sprawy przepracowania serca. Toteż z nazwiskiem jego nie spotykamy się w patologii serca i nie oceniamy go tak, jak na to zasługuje. Nieco dalej posunął się Jan Seitz. Przez parę lat pracował on w Zurychu na klinice Biermera i gromadził skrzętnie spostrzeżenia, mające rozjaśnić sprawę samoistnych chorób serca, ściśle biorąc mięśnia sercowego, powstających skutkiem pracy fizycznej, a wyniki swych badań ogłosił w obszernej pracy, pomieszczonej w niemieckiem Archiwum medycyny klinicznej z r. 1873 i 1874. Toteż jakkolwiek praca Seitza nie jest pierwszą w tym zakresie, to jednak uważać ją trzeba poniekąd za podstawę późniejszych prac o sprawności serca. Spotykamy się w niej poraz pierwszy z określeniem »przepracowanie« serca (Ueberanstrengung des Herzens), które odtąd wchodzi w użycie i służy do oznaczania przyczyny chorób serca, powstających skutkiem znużenia przez nadmierne wysiłki fizyczne.

Wielkie wojny nowszych czasów, rozwój przemysłu i wzrost liczby pracowników, a z tem zmiana warunków życia całych rodzin przez emigracyę do miast, zaniedbywanie ćwiczeń ciała, a nadmierna, gorączkowa gonitwa za osiągnięciem jak największego wykształcenia umysłowego, z drugiej zaś strony przesadny rozwój najrozmaitszych sportów, zaczęły dawać i zawsze dają powód do powstawania różnorodnych chorób narządu krążenia, a tem samem stwarzają materyał do badań klinicznych, zajmujących się poznaniem wielkiej roli, jaką praca nadmierna lub nieunormowana należycie odgrywa w patologii serca. Rozkwit zaś piśmiennictwa lekarskiego pozwala znów zebrane wiadomości rozpowszechniać w świecie lekarskim. Toteż zajęcie się tą sprawą bardzo jest powszechne, a w piśmiennictwie znaleźć można sporo dokładnych opisów spostrzeżeń, w których po najrozmaitszych nadużyciach fizycznych u turystów, kolarzy, entuzyastów gier forsownych na wolnem powietrzu i t. d. występowały objawy ostrej niedomogi serca, często bardzo nawet groźne. Pojawiają się także prace, które drogą doświadczeń starają się określić dokładniej zmiany, powstające w narządzie krążenia, ściślej biorąc w czynności serca pod wpływem zmęczenia. Zamiłowanym badaczem na tem polu jest zwłaszcza Schott, lekarz z Nauheim, zdrojowiska, cieszącego się obecnie rozgłośną sławą z leczenia chorób serca.

Ale nie to jest najważniejsze dla kliniki i dla klinicznych badań narządu krążenia. Bezpośredniem następstwem poznania, że sił serca nie można nadużywać, stała się dążność do dokładniejszego zbadania rozmiarów tych sił i ściślejszego ich określenia, czyli, jeżeli użyć mamy utartego już miana, dążność badania i rozpoznawania sprawności serca. Rozpoznanie anatomiczne chorób serca już nie wystarcza w dzisiejszych czasach, uzupełniać je trzeba koniecznie rozpoznaniem czynności, a raczej rozmiarów, w jakich mięsień sercowy przy zwiększonych wymaganiach zadanie swe sprawnie spełniać może. Wyrasta stąd t. zw. czynnościowa dyagnostyka, która nietylko w patologii narządu krążenia wielkie ma znaczenie i nietylko w tym dziale wielu skrzętnych liczy pracowników i wielkie wzbudza zajęcie.

Jaką wagę przykłada się obecnie do tej sprawy, świadczą najlepiej osobne rozprawy, toczące się o niej na zjazdach lekarskich, poświęcanych co roku medycynie wewnętrznej i osobne odczyty kliniczne, pojawiające się w tym zakresie od czasu do czasu. W Berlinie poświęcono jej nawet przed paru laty (1903) wyłączną uwagę w obradach powołanej do tego komisyi. Do komisyi tej należeli między innymi Kraus, Stricker i Landgraf, dwaj ostatni jako przedstawiciele najwyższych wojskowych kół lekarskich. Na podkreślenie zasługiwały tam wywody Krausa, który z wielkim naciskiem podnosił potrzebę doskonałego opanowania umiejętności rozpoznawania chorób serca i stanu serca przez lekarzy wojskowych, gdyż tylko pod tym warunkiem zabezpieczyć można wielu młodych ludzi, mających serce niezupełnie zdrowe i niewytrzymałe, przed skutkami ciężkiej służby wojskowej, a armię uchronić przed wcieleniem do jej szeregów żołnierzy nieprzydatnych i do znoszenia trudów żołnierskiego życia niezdolnych. Że ostrzeżenie tego rodzaju jest bardzo potrzebne, dowodzą wprost spra-

wozdania lekarzy, którzy mieli sposobność badać większą ilość żołnierzy wśród i po odbyciu ćwiczeń wojskowych. Dla przykładu wskażemy tu tylko na niedawną (r. 1905) publikacyę lekarza szwajcarskiego Stachelina, który u wielu żołnierzy, odbywających dłuższe marsze w górskim terenie, stwierdził objawy znużenia serca i to u takich, u których nie było poprzednio żadnych objawów choroby serca. U niektórych z nich rozwinęła się nawet stała choroba.

Jeśli więc u ludzi młodych i fizycznie dobrze rozwiniętych, wcielonych do szeregów wojskowych, zwracać trzeba pilną uwagę na serce, to tem bardziej czynić to trzeba u ludzi, nie noszących na sobie urzędowego, wojskowego piętna zdrowia, a nie zadawalniać się wyłączeniem wyraźnej wady serca. Czynić to trzeba przedewszystkiem tam, gdzie czy to zawód, czy osobiste upodobania wymagają większych wysiłków fizycznych, a czynić zawsze, jeśli badany doznaje jakichkolwiek przypadłości podmiotowych przy forsowniejszym ruchu. Serce takich osób trzeba koniecznie zobaczyć przy pracy.

Najpewniejszych wskazówek dla ocenienia sprawności serca dostarcza niewątpliwie zachowanie się serca przy pracy w ścisłem tego słowa znaczeniu, a więc przy pracy fizycznej, zwłaszcza dającej się dokładnie mierzyć. To też, o ile to możliwe, zaleca się używać do tego celu ergostatów. Nie są one wszakże niezbędne. Wystarczy niewątpliwie zwykła gimnastyka pokojowa.

Chcąc wszakże wiedzieć, jak należy oceniać stan serca w danym przypadku, znać trzeba koniecznie zmiany w czynności serca, powstające u osób zdrowych i chorych, lub posiadające serce nie dość sprawne. Badając cały szereg młodych osób, u których najskrupulatniejsze badanie serca nie wykrywało objawów wady sercowej, doszedłem do wyników, wskazujących, że ludzi tych rozdzielić trzeba pod względem sprawności serca na cztery grupy.

I. Do grupy pierwszej należą osoby o sercu zdrowem i silnem, posiadającem pełną zdolność dostosowywania się do istotnych wymagań ustroju szybko i dokładnie. Ludzie tacy nie doznają żadnych podmiotowych przypadłości, nie odczuwają bicia serca, barwa ich skóry nie zmienia się widocznie, mięśnie nie słabną. Dokładniejsze badanie narządu krążenia stwierdza nieco silniejsze uderzenie końca serca, nieznaczne przesunięcie uderzenia na zewnątrz i zależne od tego niewielkie powiększenie wymiaru poprzecznego stłumienia serca. Parcie krwi podnosi się przy tem widocznie, tętno staje się silniejsze, fala krwi zwiększa się. Ale charakter tętna nie zmienia się zresztą zupełnie, ilość uderzeń wzrasta tylko nieznacznie. Na uwagę zasługuje jeszcze ten szczegół, że pod wpływem pracy zmienia się stosunek między czasem trwania skurczu i rozkurczu.

Jako przykład posłużyć tu mogą dwa doświadczenia, wyjęte z szeregu podobnych:

1. S. M., posługacz kliniczny, lat 28. W spoczynku wymiary serca: wysokość stłumienia 7 cm., szerokość $7^1/_2$.

Po przysiadach, wykonywanych przez 2 minuty w tempie dość szybkiem (30—40 na minutę) nie doznaje badany ani duszności, ani bicia serca, nie czuje żadnego zmęczenia. Szerokość stłumienia zwiększa się o 0,5 cm. i wynosi 8 cm., wysokość — 7,5 cm. O tętnie przed ruchami i po ruchach objaśniają rycina 1 i 2.

Przed ruchami wynosiło parcie krwi w tętnicy sprychowej 125 mm. rtęci, liczba tętna 76,92, skurcz trwał przez 0,08″, rozkurcz przez 0,7″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1 : 8·75 (ryc. 1).

Po ruchach podniosło się parcie krwi do 160 mm., liczba tętna do 82,57, skurcz trwał przez 0,07″, rozkurcz przez 0,705″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1 : 10,085 (ryc. 2).



Ryc. 1. (Tętno w spokoju).



Ryc. 2. (Tętno po ruchach).

2. M. S., słuchacz medycyny, lat 23. W spoczynku wymiary stłumienia serca: wysokość stłumienia 7,5 cm., szerokość 8 cm, Po przysiadach, wykonywanych przez 2 minuty, w tempie 30—40 razy na minutę, nie doznaje żadnych przypadłości podmiotowych. Szerokość stłumienia zwiększa się o 0,5 cm., wysokość pozostaje bez zmiany.

Przed ruchami wynosiło parcie krwi w tętnicy sprychowej 120 mm., liczba tętna 71,4 na minutę, skurcz trwał średnio przez 0,1″, rozkurcz przez 0,74″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1 : 7,4 (ryc. 3).



Ryc. 3. (Tętno w spokoju).

Po ruchach podniosło się parcie krwi do 140 mm., liczba tętna do 94,7, skurcz trwał przez 0·06″, rozkurcz przez 0,58″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1 : 9,6 (ryc. 4).



Ryc. 4. (Tętno po ruchach).

II. Nieco inaczej przedstawia się rzecz u osób, które należą do drugiej grupy. Nie posiadają one narządu krążenia, że się tak wyrażę, zrównoważonego; podnietę, którą stwarza praca, odczuwają zbyt silnie i oddziaływają na nią za silnie. Podmiotowo objawia się ta pobudliwość uczuciem przyspieszonego bicia serca. Ale i te osoby nie odczuwają ani duszności, ani zmęczenia. Badanie serca stwierdza znaczne wzmożenie siły uderzenia serca, przesunięcie uderzenia końca serca, dochodzące do 1 cm., zwiększenie wymiaru poprzecznego stłumienia serca, zależne od przesunięcia końca serca ku stronie lewej. Tętno takich osób zmienia widocznie swój charakter — nabiera wyraźnej cechy tętna chybkiego *(p. celer)* i przyspiesza się przy tem, niekiedy wcale znacznie. Nadmierna wrażliwość serca sprawia, że pojawiają się nawet skurcze dodatkowe. I tu dla lepszego objaśnienia posłużą przykłady.

1. W. K., lat 23, słuchacz uniwersytetu. W spoczynku wymiary stłumienia serca: wysokość 7,5 cm., szerokość 8,5 cm. Po przysiadach, trwających 2 minuty w tempie 30—40 razy na minutę, bardzo wyraźne zaczerwienienie skóry twarzy; żadnych przypadłości podmiotowych, oprócz uczucia wzmożonej czynności serca, nie ma. Szerokość stłumienia serca zwiększyła się o 1 cm. i wynosi 9,5 cm., wysokość — 7,5 cm. Parcie krwi w tętnicy sprychowej sięgało przed ruchami 130 mm., liczba tętna wynosiła 62,72 na minutę, skurcz trwał przez 0,08″, rozkurcz przez 0,954″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1 : 10,92 (ryc. 5).



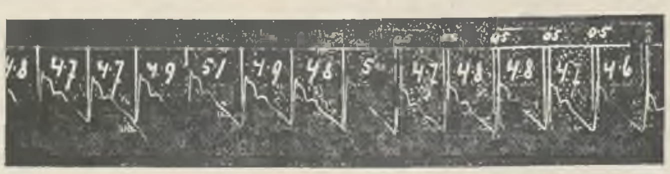
Ryc. 5. (Tętno w spokoju).

Po ruchach podniosło się parcie krwi do 160 mm., liczba tętna do 77,86, skurcz trwał przez 0,06″, rozkurcz przez 0,752″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1 : 11,58 (ryc. 6).



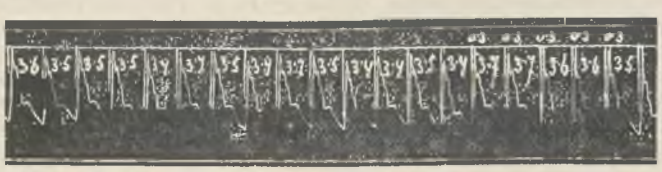
Ryc. 6. (Tętno po ruchach).

2. St. Ł., lekarz, lat 28. W spoczynku wymiary stłumienia serca: wysokość 6,5 cm., szerokość 8,25 cm. Po przysiadach trwających 2 minuty, wyraźne zaczerwienienie skóry twarzy, znaczne wzmożenie czynności serca, przypadłości podmiotowych, któreby świadczyły o zmęczeniu, nie ma. Szerokość stłumienia serca wynosi 9 cm., a więc jest o 0,75 cm. większa, aniżeli poprzednio; wysokość nie zmienia się. Parcie krwi wynosiło przed ruchami 135 mm., liczba tętna 63,55, skurcz trwał przez 0,1″, rozkurcz przez 0,866″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1 : 8,66 (ryc. 7).



Ryc. 7. (Tętno w spokoju).

Po ruchach podniosło się parcie krwi do 150 mm., liczba tętna do 84,9, skurcz trwał przez 0,06″, rozkurcz przez 0,647″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1 : 10.78 (ryc. 8).



Ryc. 8. (Tętno po ruchach).

Pobudliwość mięśnia sercowego, zupełnie zresztą sprawnego, może być nawet tak znaczna, że pod wpływem pracy występują w szeregu skurczów skurcze dodatkowe, których w tych przypadkach nie można bezwarunkowo inaczej tłómaczyć, jak tylko wygórowaną wrażliwością serca. Zjawisko takie przedstawia spostrzeżenie, wyjęte z szeregu przypadków, należących do omawianej grupy badań.

3. S. J., słuchacz medycyny, lat 22. W spoczynku wymiary stłumienia serca: szerokość 7 cm., wysokość 7 cm. Po przysiadach bardzo wybitne zaczerwienienie skóry twarzy, znaczne wzmocnienie siły uderzeń serca, mierne przyspieszenie oddechów. Szerokość stłumienia serca zwiększyła się o 1,25 cm. i wynosiła 8,25 cm., wysokość pozostała bez zmiany. Parcie krwi wynosiło przed ruchami 135 mm., liczba tętna 78,26, skurcz trwał przez 0,11″, rozkurcz przez 0,664″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1 : 6,03 (ryc. 9).

Po ruchach podniosło się parcie krwi do 150 mm., liczba tętna do 123,3 skurcz trwał przez 0,06″, rozkurcz przez 0,428″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S : D = 1 : 7,23 (ryc. 10).



Ryc. 9. (Tętno w spokoju).



Ryc. 10. (Tętno po ruchach).

III. Zupełnie inaczej zachowuje się narząd krążenia u osób, należących do trzeciej grupy, u nich dzieje się przeciwnie, jak u osób z grupy drugiej. Tam rzucała się w oczy nadmierna wrażliwość i pobudliwość, tu spotykamy się z pewnem jakby przytępieniem, powolnością. Mięsień sercowy czyni nie dość szybko użytek ze swych sił zapasowych. Stąd pochodzi, że z początku odbiera się wrażenie jakby serce było słabe, niezdolne do tego, aby podołać większym wymaganiom. Pod wpływem pracy fizycznej stwierdza się tu w pierwszej chwili mniej lub więcej znaczne zmniejszenie parcia krwi, przyspieszenie tętna, zmalenie fali tętna, znaczniejsze rozszerzenie stłumienia serca, a z innych objawów, zblednięcie skóry twarzy, przyspieszenie oddechów, a nawet pewną duszność, wreszcie uczucie zmęczenia i osłabienia. Dopiero po pewnym czasie, gdy ta pierwsza faza działania przejdzie, gdy serce skupi się niejako, zmienia się po powtórnych ruchach cały obraz. Parcie krwi podnosi się wtedy, tętno staje się pełniejszem, silniejszem, serce nie

rozszerza się tak znacznie, badany nie blednie, nie doznaje duszności, nie męczy się tak łatwo. Oto przykłady:

1. J. M., lat 21, słuchacz medycyny. W spoczynku wymiary stłumienia serca: szerokość 6,5 cm., wysokość 6,25 cm. Po przysiadach, trwających 2 minuty, badany blednie, oddycha szybko, czuje bardzo przyspieszone bicie serca. Uderzenie serca jest widoczne na znacznej przestrzeni, uderzenie końca serca przesunięte dość znacznie na zewnątrz, wymiar szerokości wynosi 8 cm., wysokości 7 cm. Parcie krwi, wynoszące przed ruchami 135 mm. opadło do 110, liczba tętna podniosła się z 84 na 141,7. Skurcz trwał przed ruchami 0,08″, rozkurcz 0,65″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D = 1:8,135 (ryc. 11); po ruchach trwał skurcz przez 0,07″, rozkurcz przez 0,436″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D = 1:6,228 (ryc. 12).



Ryc. 11. (Tętno w spoczynku).



Ryc. 12. (Tętno po ruchach).

Po krótkim odpoczynku wróciło serce do stanu pierwotnego, rozmiary stłumienia zmniejszyły się, parcie krwi podniosło, liczba tętna zmalała, oddechy zwolniały, skóra nabrała prawidłowego zabarwienia. Badany wykonał powtórnie kilkadziesiąt przysiadów w przeciągu 2 minut. Tym razem nie doznawał w takim stopniu, jak poprzednio, ani duszności, ani zmęczenia, rozmiary serca powiększyły się mniej znacznie, szerokość stłumienia wynosiła tylko 7,3 cm., wysokość 6,5 cm., parcie krwi wzrosło do 140 mm., liczba tętna do 100; skurcz trwał przez 0,07″, rozkurcz przez 0,532″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D = 1:7,6 (ryc. 13).



Ryc. 13. (Tętno po powtórnych ruchach).



Ryc. 14. (Tętno w spokoju).



Ryc. 15. (Tętno po ruchach).

2. Panna S. S., słuchaczka uniw. Przed ruchami parcie krwi 120, liczba tętna 70,2, skurcz trwa przez 0,09″, rozkurcz przez 0,76″, stosunek skurczu do rozkurczu = 1:8,44 (ryc. 14).

Po krótkiej gimnastyce, polegającej na ruchach rąk, obniżyło się parcie krwi do 110 mm., liczba tętna wzrosła do 97,82, skurcz trwał przez 0,08″, rozkurcz przez 0,538″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D = 1,673 (ryc. 15).



Ryc. 16. (Tętno po powtórnych ruchach).

Przy powtórnych ruchach, wykonanych po spoczynku, widoczna była znaczna różnica. Parcie krwi wynosiło 135 mm., liczba tętna 75, tętno stało się pełniejszem, silniejszem, lepiej napiętem; skurcz trwał przez 0,08″, rozkurcz przez 0,732″, stosunek skurczu do rozkurczu wyrażała proporcya S:D = 1:9,13 (ryc. 16). (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

O leczeniu czerwonki prątkowej swoistą surowicą.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

E. Stahr.

Na podstawie dzisiejszego stanu wiedzy odróżniamy dwie odmiany czerwonki: czerwonkę pełzakową i prątkową. Czerwonka pełzakowa jest chorobą swojską okolic podzwrotnikowych, a czynnikiem ją wywołującym jest pełzak czyli ameba, opisana przez Schaudinna pod nazwą *Entamoeba histolytica*, zaś czerwonka prątkowa (zwana także nagminną) zjawia się nagminnie w klimacie umiarkowanym w czasie lata, a w krajach podzwrotnikowych w wszystkich porach roku. Czerwonkę prątkową wywołuje zakażenie prątkiem, wykrytym w r. 1888 przez Chantemessea i Widala[1]), którzy z wypróżnień kilku chorych, dotkniętych czerwonką oraz z gruczołów krezkowych ludzi, zmarłych na czerwonkę, wyosobnili prątek i na podstawie odczynów biologicznych stwierdzili jego swoistość. W dziesięć lat później wykrył i Shiga[2]) prątek, mający te same cechy, co opisany przez poprzednich autorów, a swoistości jego dowiódł za pomocą aglutynacyi. Od tego czasu liczne inne badania potwierdziły i uzupełniły prace poprzednie. (Kruse, Flexner, Strong, Vedder i Duval, Rosenthal, Raczyński, Vaillard i Dopter i t. d. i t. d.).

Od chwili wykrycia swoistego prątka czerwonki nagminnej próbowali badacze wytworzyć i swoistą surowicę w celach leczniczych. Nadzieja dobrych wyników leczenia czerwonki surowicą zdawała się z góry większą, niż w innych chorobach zakaźnych, n. p. w cholerze, durze, a chociażby i zapaleniu płuc, bo po pierwsze czerwonka nie przebiega tak gwałtownie, powtóre bakterye w toku czerwonki nie dostają się tak obficie do całego ustroju, ale przeważnie trzymają się jelita grubego, a najdalej wnikają do gruczołów krezkowych, a wreszcie powikłania w przebiegu czerwonki lub po niej są dość rzadkie.

W tym celu starano się uodpornić zwierzęta bądź zapomocą hodowli, i to albo żywych, albo nieżywych, bądź zapomocą toksyny, a wreszcie równocześnie stosowano i hodowle i toksynę. W tym celu wszyscy prawie badacze zaczęli uodparniać małe zwierzęta pracowniane, ale wszyscy się przekonali zgodnie, że nie nadają się do tego celu małe zwierzątka, jak myszka, szczur i morska świnka, lecz że najlepiej jest dla uzyskania surowicy swoistej uodporniać zwierzęta wielkie, jak konia, osła, barana lub kozę. Pierwszy zaczął uodparniać wielkie zwierzęta Shiga[3]) z początku za pomocą nieżywych, a potem żywych hodowli

[1]) Cornil i Babés: Les bactéries et leur rôle dans les maladies infectieuses II, str. 141, i J. Courmont: Précis de la Bactériologie. Wyd. III. Paris 1907, str. 729.

[2]) Shiga: Über den Dysenteriebacillus. Ctrblt. f. Bakteriol. 1898. T. 24.

[3]) Shiga: Studien über die epidemischen Dysenterien in Japan mit besonderer Berücksichtigung des Bacill. dysenteriae. Deut. med. Woch. 1901. Nr. 43—45.

prątka czerwonkowego, znalezionego przez siebie w toku epidemii w Japonii. Uzyskał on na tej drodze surowicę, która chroniła i leczyła zakażenie sztuczne u myszki i morskiej świnki. Później zachęcony wynikami na zwierzętach, zabrał się S. do leczenia ludzi: na 298 chorych, leczonych wyłącznie surowicą w dawkach od 20 do 50 cm.³, uratował 267, zginęło tylko 31 osób t. j. 10,8%; natomiast śmiertelność wśród innych leczonych dawnymi sposobami, nie surowicą, wynosiła średnio 35,4%.

Potem zaczął wyrabiać surowicę leczniczą Kruse [4]). Surowica wielkich zwierząt, uodpornianych żywemi hodowlami, okazała się ochronną i leczącą zakażenie sztuczne morskiej świnki. Wystarczyło n. p. dodać do dawki prątków, która wprowadzona do otrzewnej zabijała w 20 godzin inną morską świnkę, ledwo 1/80,000 cm.³ surowicy, by morską świnkę uratować. Kruse stosował surowicę swoją i u chorych ludzi: Na 100 leczonych przypadków miał 8% śmiertelności, gdy zresztą średnia śmiertelność wynosiła 10—11%. Autor podkreśla tę okoliczność, że miał wśród swoich chorych 19, liczących niżej lat 10. Otóż na tych 19 zmarło tylko jedno dziecko, t. j. 5%, gdy średnia śmiertelność jest na ogół u dzieci 3—4 razy większa.

Obaj autorowie, zarówno Shiga, jak i Kruse, zaznaczają, że działanie ich surowicy nie tylko wydatnie obniża odsetkę śmiertelności, ale i bardzo prędko przynosi ulgę choremu.

Surowicę Krusego stosował Lüdke [5]) u 17 chorych w czasie epidemii w Barmen. Przypadki były nie ciężkie (20 do 30 wypróżnień na dobę): u 12 była wyraźna poprawa, u 3 wynik był mniej wyraźny, a u 2 nie było żadnej poprawy.

Obaj autorowie, tak Shiga, jak i Kruse, uzyskiwali surowicę zapomocą wstrzykiwania zwierzętom samych prątków czerwonkowych, otrzymywali zatem surowicę bakteryobójczą, t. z. działającą wyłącznie na same prątki. Kiedy jednak później ustaliło się przekonanie, że czerwonka jest nietylko zakażeniem miejscowem jelita, ale i zatruciem całego ustroju jadem wydzielanym przez bakterye, rozmnażające się w jelicie grubem, wtedy zaczęto szukać na drodze sztucznej jadu czyli toksyny czerwonkowej, aby potem przy jej pomocy uzyskać surowicę czerwonkową przeciwtoksyczną.

Pierwsi Todd [6]) i Rosenthal [7]) zdołali uzyskać toksynę czerwonkową. Todd przesączał jednomiesięczne hodowle prątków czerwonki, hodowane w silnie alkalicznym bulionie; zaś Rosenthal sączył hodowle bulionowe po trzytygodniowym pobycie w cieplarce przy 37° C. i w ten sposób otrzymywał toksynę, która wstrzyknięta w dawce 0,1—0,2 cm³ pod skórę królika, ważącego koło 2 kilogramów, zabijała go w 24 do 48 godzin.

Otóż mając w ręku toksynę, uodpornił nią Rosenthal [8]) psa, równocześnie uodporniał drugiego psa samymi prątkami. Po jakich 2 miesiącach miała surowica obu psów własności i ochronne i lecznicze, surowica zaś psa, któremu wstrzykiwano toksynę, miała nadto własności antytoksyczne. Aby uzyskać surowicę dla leczenia czerwonki u ludzi, uodpornił autor za radą Gabryczewskiego dwa konie równocześnie prątkami i surowicą. Uzyskana z nich surowica miała równocześnie własności bakteryobójcze i antytoksyczne. Stosował ją autor u 157 chorych (63 kobiet i 94 mężczyzn), dotkniętych ciężką czerwonką. Około 15% przypadków było leczonych w pierwszych trzech dniach choroby; 50% z końcem pierwszego tygodnia, 25% w ciągu drugiego tygodnia, a 10% później. Średnia dawka surowicy wynosiła 20—40 cm³, w przypadkach bardzo ciężkich wstrzykiwał R. aż do 140 cm³. Wynik leczenia surowicą był dobry przedewszystkiem u tych chorych, u których zaczęto wstrzykiwać surowicę w pierwszych trzech dniach choroby. Równie dobrze, choć mniej szybko, działała surowica przy końcu pierwszego tygodnia. W 18—20 godzin po wstrzyknięciu surowicy wyraźna poprawa, ból i parcie mniejsze; chory w kilka dni wracał do zdrowia. Na 157 tak leczonych osób miał autor 8 zejść śmiertelnych, (jeden ze zmarłych miał równocześnie gruźlicę) = 4½% śmiertelności. Wedle statystyki z ostatnich 10 lat śmiertelność z czerwonki wynosiła w Moskwie 12·2% do 17·5%, w r. 1903, a więc w czasie prób podjętych przez Rosenthala, wynosiła 10—11·7% w innych szpitalach, a w tym samym szpitalu przed stosowaniem surowicy przeciwczerwonkowej 10%. A więc przeszło o połowę spadła śmiertelność; pobyt w szpitalu leczących się trwał o ⅓ krócej, niż poprzednio.

Surowicę Rosenthala stosował Korenczewski [9]) w wojnie rosyjsko-japońskiej. Leczył on 70 chorych w szpitalu w Charbinie. W przypadkach o średniem nasileniu (30 wypróżnień na dobę) usuwało 20 cm³ surowicy w ciągu dnia wszelkie zaburzenia jelitowe. W przypadkach cięższych, w których chorzy oddawali po kilka stolców na godzinę, wstrzykiwał K. 40—60 cm³ surowicy i już nazajutrz, a najdalej w 2—3 dni ustępowały zjawiska chorobowe. W przypadkach najcięższych trzeba było albo wstrzykiwać na raz 100 cm³, albo ponawiać wstrzykiwania. Autor bardzo chwali skuteczność surowicy pod każdym względem.

I Barykin [10]) stosował tę surowicę w czasie wojny japońskiej, począwszy od sierpnia 1904. Wyłącznie surowicą leczył 59 chorych, uleczył zupełnie 49, stan dziesięciu się poprawił, a jeden chory, który przyszedł w beznadziejnym stanie, zmarł. Autor wstrzykiwał z początku po 20 gr., potem więcej, do 50 gr. na raz. Przeciwwskazania do stosowania surowicy nie zna żadnego.

Równocześnie z Rosenthalem zaczęli wyrabiać surowicę leczniczą Kraus i Doerr [11]) w zakładzie surowic Paltaufa w Wiedniu i Vaillard i Dopter [12]) w zakładzie Pasteura w Paryżu.

Ponieważ nie udało mi się znaleść w piśmiennictwie z leczenia surowicą, wyrabianą w Wiedniu, żadnego sprawozdania, któreby obejmowało tak wiele przypadków, jak sprawozdania autorów francuskich, dlatego zdając sprawę z działania surowicą, pójdę głównie za Vaillardem i Dopterem.

Surowicę wiedeńską stosował np. Rosculet [13]) w Jassach. Leczył chorych 47; wszyscy wyzdrowieli, a bez surowicy miał 7·4% śmiertelności. W 18 przypadkach stosował surowicę zapobiegawczo; nikt z tych szczepionych nie zachorował.

W zakładzie Pasteura w Paryżu dla otrzymania surowicy czerwonkowej szczepią koniom w odstępach tygodniowych stopniowo rosnące dawki żywych prątków i toksyny na przemian, z początku pod skórę, a później wyłącznie do żył. Toksynę wyrabiają podobnie jak Rosenthal: hodowlę w bulionie Martina, trzymaną przez 20 dni w cieplarce przy 37° C., sączą przez porcelanę. Ćwierć grama tego przesączu, wstrzyknięte do żyły królika, ważącego 2 Kg., zabija go w 12—16 godzin. Surowica autorów francuskich okazała się w doświadczeniach, czynionych na królikach, bakteryobójczą i antytoksyczną i działała zarówno ochronnie, jak leczniczo. Później zaczęli autorowie stosować swoją surowicę u ludzi chorych w celach leczniczych. W roku 1905 stosowali surowicę u 96 chorych, w roku następnym liczba leczonych wzrosła do 243 przypadków, z których sprawę zdali autorowie [14]) w pracy, ogłoszonej w roku bieżącym: 200 przypadków tyczyło się chorych poprzednio zupełnie zdrowych, a 43 ludzi umysłowo chorych. Na 200 przypadków grupy pierwszej było 101 średnio ciężkich, 55 ciężkich, 19 nadzwyczajnie ciężkich i 25 uważanych przed leczeniem za stracone. Na 99 przypadków ciężkich i rozpaczliwych zmarło razem 10. Jednakże wszystkich 10 zejść nie można przypisywać nieskuteczności surowicy, bo 5 chorych zaczęto leczyć, kiedy już byli prawie umierający, jeden zmarł z zapalenia otrzewnej, które już istniało z pewnością przed zastosowaniem surowicy, jedno dziecko zginęło z zapalenia płuc, gdy czerwonka zaczynała już ustępować, w końcu jeden chory zginął z posocznicy krwotocznej w 10 dni po wyleczeniu czerwonki. A wreszcie nie zawsze stosowano surowicę dość wcześnie i w dawkach dostatecznych. Raz jeden wydarzyło się, że chory nie znosił surowicy tak, że z powodu posurowiczych ciężkich przypadłości musiano leczenia zaniechać i chory ten zmarł z powodu niemożności stosowania surowicy, która zresztą za każdym razem (3) nadzwyczaj korzystnie wpływała na czerwonkę. Jeżeli się odejmie od ogólnej liczby 10 zejść, przynajmniej 6, w których chorzy byli w stanie beznadziejnym lub nawet umierający w chwili pierwszego wstrzyknięcia surowicy, to zostanie odsetek śmiertelności 2%. W drugiej grupie (43 umysłowo chorych) wy-

---

[4]) Kruse: Die Blutserumtherapie bei der Dysenterie. Deut. med. Woch. 1903. Nr. 1 i 3.

[5]) Lüdke: Untersuchungen über die bacill. Dysenterie. — Über aktive u. passive Immunisierung. Ctrblatt. f. Bakter. I. Orig. T. XXXIX. 905 i T. XL. 906.

[6]) C. Todd: On a dysentery antitoxin. Brit. med. Journal. 5. XII, 1903. wedle Bullet. Pasteur. II 131.

[7]) L. Rosenthal: Das Dysenterietoxin auf natürlichem Wege gewonnen. Deutsche med. Wochenschrift. 1904. Nr. 7. str. 235.

[8]) L. Rosenthal: Ein neues Dysenterieheilserum u. seine Anwendung bei der Dysenterie. Ibidem. Nr. 19. 1904. str. 691.

[9]) Korenczewski: wedle sprawozdania w Bullet. Pasteur. 1905. luty.

[10]) W. Barykin: (Russki Wracz. Nr. 30 i 38. 1905. wedle referatu w Deutsche med. Woch. 1906. str. 669).

[11]) R. Kraus i R. Doerr: Das Dysenterieserum. Wiener Kl. Woch. 1906. Nr. 30.

[12]) L. Vaillard i Ch. Dopter. Le sérum antidysentérique. Annales de l' Institut Pasteur. 1906. mai.

[13]) Rosculet: Wiener klinische Woch. 1906. Nr. 35.

[14]) Vaillard i Dopter: La sérotherapie dans le traitement de la dysenterie bacillaire. Annal. de l' Inst. Pasteur 1907. 4.

nosiła wprawdzie śmiertelność od 12·5% do 50%, zależnie od sanatoryum, przeważnie stosowano tu jednak surowicę bardzo późno i w bardzo małych dawkach.

Autorom francuskim udało się zatem najbardziej obniżyć odsetek śmiertelności: Shiga miał u swoich chorych 10·8% śmiertelności, Kruse 8%, Rosenthal 4½%, a oni mieli 2%. Jeżeli zważymy, że średnia śmiertelność z czerwonki, nie leczonej surowicą, swoją drogą wahająca się w wielkich granicach zależnie od epidemii, wynosiła znacznie więcej, bo od kilku na sto, najmniej koło 7%, aż do 50 i 60%, jak to było w r. 1899 w Bretanii, to musimy przyznać, że w surowicy swoistej posiadamy lek dobry i skuteczny.

Na dowód, jak skutecznie działa surowica, warto za Vaillardem i Dopterem przytoczyć epizod z epidemii bretońskiej w r. 1906.

Dr. Marchais z Finistère, najbardziej na zachód wysuniętego cypla Francyi, donosi, że wezwano go 1 grudnia 1906 do pewnej rodziny, z której wszyscy 7 członkowie chorowali dawniej lub też w czasie jego wezwania na czerwonkę. Dziecko 8-letnie zmarło 24 listopada, ojciec 49-letni uległ chorobie 29 listopada. Matka i córka trzynastoletnia były na drodze do wyzdrowienia. Z tych 4 osób, z pośród których zmarły 2, żadna nie dostała surowicy. W czasie wizyty lekarza reszta rodziny, 3 bracia, byli na czerwonkę niebezpiecznie chorzy: 11-letni chłopiec choruje od 8 dni, młodszy 5-letni od 4 dni. Obaj mają na dobę 120—150 krwawych wypróżnień. Wstrzyknięta surowica leczy ich w kilku dniach. Najstarszy brat 22-letni okazuje dopiero od 48 godzin objawy jeszcze cięższej czerwonki i sprawia wrażenie śmiertelnie chorego. Bez przerwy oddaje wypróżnienia, prawie zupełnie krwawe. Twarz zapadła, tętno małe, nitkowate, osłabienie serca znaczne, kończyny chłodne. »Od 8 lat widziałem jakich 300 przypadków czerwonki — pisze Dr. Marchais — i wszyscy, którzy tak wyglądali, ginęli niechybnie z choroby«. Choremu temu wstrzyknął M. w 3 dniach 180 cm³ surowicy i nadspodziewanie chory ozdrowiał i to wcale prędko.

O wartości surowicy stanowi nietylko to, że, jak wyżej była mowa, obniża ona bardzo odsetek śmiertelności, ale i to, że ma na sam przebieg choroby bardzo wybitnie korzystny wpływ. W jakiej ilości i jak często stosować surowicę, o tem stanowią przeróżne objawy, wśród jakich przebiega choroba. Nie gorączką kierują się autorowie, bo chociaż czerwonka jest chorobą gorączkową, jednak nie zawsze w czerwonce gorączka idzie w parze z nasileniem choroby. Główną miarą powinna być przedewszystkiem liczba wypróżnień, nasilenie bolu i objawy zakażenia. Ilość wypróżnień śluzowo-krwawych stoi w istocie prawie zawsze w związku z rozległością i stopniem zmian jelita grubego. To samo można powiedzieć i o kolce jelitowej. Zakażenie jadem, który wytwarzają prątki, rozmnażające się w jelicie grubem i który dostaje się do obiegu krwi, przejawia się wymiotami, czkawką, obniżeniem ciepłoty ciała, osłabieniem tętna, zaostrzeniem rysów twarzy, bladością, osłabieniem, gwałtownem chudnięciem i t. d. Wedle tych objawów, dzielą autorowie francuscy chorych na 4 grupy: przypadki średnio ciężkie o 15—30 stolcach na dobę, poważne o 30—80 stolcach na dobę, ciężkie o 80—150 stolcach, i nadzwyczaj ciężkie o 150 do 288 stolcach w ciągu dnia. Surowicę wstrzykuje się podskórnie i to w dawkach od 20 do 100 cm³. W przypadkach średnio ciężkich wystarcza 20 cm³, o ile je zastosowano w pierwszych 5 dniach choroby, aby choremu przynieść prawie natychmiastową ulgę i uleczenie w dniach 2 lub 3. Jeśli choroba trwa już tydzień, albo dwa, to i tak surowica sprowadza rychło ulgę, ale dla wyleczenia trzeba nieraz nazajutrz, albo i na trzeci dzień powtórzyć wstrzyknięcie. Chory wstaje z łóżka najpóźniej po 5 dniach. Działanie surowicy jest jeszcze skuteczniejsze w przypadkach czerwonki poważnych i ciężkich. (30—80 i 80—150 stolców na dobę). W przypadkach tych obok zaburzeń jelitowych zjawiają się i objawy ogólnego zakażenia. Jeśli w tych przypadkach stosuje się surowicę wcześnie, to wystarczy dość często użyć 20, jeszcze lepiej 30 cm³, aby natychmiast wstrzymać dalszy rozwój choroby i sprowadzić wyleczenie w 3—4 dniach. Zwykle jednak trzeba ponowić wstrzyknięcia na drugi dzień, jeśli jednak początek był bardzo ciężki i od razu zaznaczał się objawami zakażenia, to lepiej wstrzyknąć surowicę jeszcze i 3-ci i 4-ty raz, aż ilość wypróżnień opadnie do prawidłowej. Zawsze wtedy chory wracał do zdrowia. Przypadki nadzwyczajnie ciężkie, gdzie ilość wypróżnień na dobę dochodziła prawie 300, dowodzą najlepiej, jakiej wartości lekiem jest swoista surowica. Chorzy ci (4) obok ciężkich zaburzeń jelitowych okazywali objawy tak ciężkiego zakażenia, że sprawiali wrażenie bezwzględnie straconych. Dlatego też wstrzykiwano tym chorym wielkie dawki surowicy i często wstrzykiwania ponawiano. Z tych 4 uratowano 3. Jeden zmarł, może i dlatego, że w tym przypadku z powodu prawie natychmiastowego przełamania się choroby wstrzykiwano potem stosunkowo niewielkie dawki surowicy. Przyszedł nawrót choroby i chory mimo dalszych kilku wstrzyknięć, także stosunkowo niewielkich (80 cm³), zmarł.

Co do wpływu surowicy na sam przebieg choroby, to wyraża się on przedewszystkiem złagodzeniem wszystkich objawów, tak miejscowych, jak i ogólnych. Już w kilka godzin po wstrzyknięciu uczuwają chorzy znaczną poprawę ogólną (euphoria), kolka jelitowa i parcie ustępują również po 24 godzinach z wyjątkiem przypadków nadzwyczajnie ciężkich. W wypróżnieniach krew znika rychło, ilość ich maleje z dnia na dzień. Już po 48 godzinach zaczyna i śluz znikać ze stolców, które przybierają rychło wejrzenie prawidłowych. I objawy zakażenia ogólnego znikają prawie w oczach. Wymioty i czkawka, jeżeli były, ustępują rychło, kończyny stają się cieplejsze, tętno się poprawia, zaostrzenie rysów ustępuje, wraca apetyt, chorzy domagają się jadła, ogólne osłabienie ustępuje miejsca uczuciu zadowolenia z widocznego i odczuwanego powrotu do zdrowia. W przypadkach bardzo ciężkich trzeba na poprawę czekać nieco dłużej, nieraz i dwie doby, ale jak poprawa raz się zacznie, to zwykle już bez przerwy wiedzie do zupełnego zdrowia. Leczenie czerwonki o średniem nasileniu dotychczasowymi sposobami trwało od 10 do 15 dni, czerwonki ciężkiej średnio 20 do 30 dni, a ozdrowienie dość często szło bardzo wolnym krokiem. Tymczasem czerwonka średniego nasilenia leczona surowicą ustępowała średnio w 3 dniach, cięższego nasilenia w 3—4 dniach, a już bardzo ciężka czerwonka trwała od 4 do 6 dni. Chorzy, którzy robili wrażenie na pewno straconych, wstawali z łóżka po 8—20 dniach. Czerwonka leczona od pierwszej chwili surowicą, odrazu się przełamuje. Ozdrowienie trwa znacznie krócej, nawroty należą do wyjątków.

Wyniki leczenia surowicą są tem rychlejsze, im ją wcześniej zastosowano, czyli im mniejsza część jelita jest zajęta i im mniejsze zakażenie ustroju; jednak i w okresach późniejszych jest działanie surowicy bardzo widoczne. Przypadki, w których użyto surowicy i w drugim i po drugim tygodniu, leczyły się jeszcze bardzo prędko. I w przypadkach przewlekłych surowica pomaga. Autorowie francuscy widzieli przypadek czerwonki, który przez 5 miesięcy opierał się przeróżnym lekom, a po 3 wstrzyknięciach surowicy rychło się zakończył pomyślnie.

W przypadkach średniego nasilenia wystarcza często 20 cm³ surowicy, w przypadkach poważnych 30 cm³, by chorobę uleczyć. Jeśli po 24 godzinach utrzymuje się kolka i parcie, należy ponowić wstrzyknięcie. Czasem i trzecie wstrzyknięcie mniejszej ilości surowicy może się okazać potrzebne. W czerwonce ciężkiej trzeba wstrzyknąć 40 do 60 cm³ i powtórzyć tę dawkę nazajutrz. Jeśli objawy jelitowe nie ustępują wyraźnie, należy wstrzykiwania powtarzać w dawkach nieco mniejszych, aż ilość wypróżnień na dobę spadnie do kilku.

W najcięższych postaciach czerwonki należy zacząć leczenie od wielkich dawek 80, 90 i 100 cm³, rozłożonych na 2 części, wstrzykniętych wśród jednego dnia. Dotychczasowe doświadczenie bardzo przemawia za tym sposobem postępowania i byłoby wprost lekkomyślnością zaczynać od dawek niższych. Wielkie te dawki należy powtarzać co dzień, jeśli się utrzymują groźne objawy, a dopiero z ich ustąpieniem należy dawki stopniowo obniżać w ciągu 6—8 dni, a nawet i dwóch tygodni następnych. Niektórym chorym wstrzyknięto wogóle 240, 380, a nawet i 1080 cm³ surowicy. O ile ilość wypróżnień na dobę trzyma się wyżej 20 do 30, nie należy zbyt szybko zmniejszać dawki wstrzykiwanej surowicy.

Objawy posurowicze są dość rzadkie i zwykle nie ciężkie. Autorowie francuscy widzieli na 250 leczonych surowicą przypadków ledwo kilkanaście razy: pokrzywki, rumienie lub bóle w stawach. Najczęściej spotykali rumień, który trwał krótko (2 doby) i ograniczał się do miejsca wstrzyknięcia. Raz tylko widzieli ciężkie objawy posurowicze, dla których musieli przestać wstrzykiwań.

Dla uchronienia chorego przed przypadłościami posurowiczemi radzi Netter[15]) podać choremu 2 do 3 gramów chlorku wapniowego w dzień wstrzyknięcia i przez 2 dni następne[16]).

Jak wiadomo, istnieją dwa główne szczepy prątka czerwonkowego: typ Shiga-Kruse i typ Flexner. Oba typy są bardzo

[15]) Netter: Zobacz artykuł Vaillarda i Doptera w Presse médic. Nr. 45. 1907.

[16]) Taksamo zauważył Besredka (Soc. de Biolog. 15. VI. 1907), że przed objawami posurowiczemi chroni morskie świnki narkoza eterowa lub wstrzyknięty przed surowicą chlorek wapniowy.

pokrewne (Eisenberg[17]) i mogą wywoływać u człowieka czerwonki, klinicznie do siebie zupełnie podobne i równie ciężkie. Jeden i drugi typ można spotkać w tej samej okolicy i wśród tej samej epidemii.

Otóż chociaż Dopter i Vaillard uzyskali surowicę leczniczą zapomocą typu Shiga-Kruse, jednak na obie odmiany czerwonki, wywołanej czy to przez prątki typu Shiga, czy typu Flexner, surowica ta równie korzystnie działała.

Prace pedyatrów z lat ostatnich dowodzą, że niektóre biegunki osesków i dzieci, nagminne lub sporadyczne, szczególnie letnie, są także wywołane przez prątki czerwonkowe. Biegunki te niektórzy autorowie leczyli ze skutkiem surowicą swoistą. (Escherich, Jehle, Leiner i inni). Dzieci dostawały przeciętnie po 20—25 cm.³ surowicy, wyrabianej w wiedeńskim państwowym zakładzie surowic.

Co do szczepienia surowicy w celach ochronnych zdania jeszcze są podzielone. I tak n. p. Lüdke (l. c.) odradza stosowania surowicy w tym celu, bo ustrój prędko wydziela surowicę i odporność trwa krótko. Spostrzegał on czerwonkę u ludzi szczepionych zapobiegawczo, i to w 2—4 tygodnie po szczepieniu. Idzie jednak o to, czy surowica przeciwczerwonkowa posiada wogóle własności ochronne. Doświadczenia na królikach stanowczo dowodzą tego. Okres odporności u królików jest krótki, trwa 8 do 10 dni, ale istnieje. Wobec tego należy przypuścić, że okres odporności istnieje i u ludzi. A skoro istnieje, to może dałby się i przedłużyć, gdyby wstrzykiwania ponawiać. Rzecz ta może mieć doniosłe znaczenie, szczególnie w czasie epidemii. Na tem się opierając, zalecają Vaillard i Dopter bardzo gorąco w czasie epidemii wstrzykiwać w celach ochronnych surowicę, szczególnie dzieciom i ludziom wątłym, w dawkach 10-gramowych co 8—10 dni.

W końcu pozwolę sobie zaznaczyć, że surowica swoista przeciwprątkowa naturalnie niema żadnego wpływu na czerwonkę pełzakową, ale że w naszym klimacie czerwonka pełzakowa nigdy prawie się nie zdarza, można więc w każdym przypadku, nawet gdy tylko przypuszczamy czerwonkę, zastosować surowicę, bo szkodzić ona nie może, a działa tem lepiej, im wcześniej została zastosowaną.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

J. Handelsmann. **Przyczynek do działania wstrzykiwań śródżylnych wyciągów nadnerczy u królików.** (*Gazeta lek.* Nr 14, 1907). Do swych doświadczeń na królikach (pod kierunkiem prof. Kaiserlinga w Berlinie) używał H. suprareniny Mercka. W każdym przypadku badał mikroskopowo oprócz tętnicy głównej tętnice nerkowe, szyjne, udowe, nerki, wątrobę, płuco, nadnercze i serce, a czasem i mózg, tętnice mniejsze, gruczoły chłonne i śledzionę. Liczba doświadczeń H. wprawdzie jest niewielka i H. nie wysnuwałby na ich podstawie wniosków, gdyby nie to, że doświadczenia takie powtarzano przed nim wiele razy i wyniki wtedy były zawsze podobne, natomiast H. otrzymał wyniki ujemne, pomimo iż wstrzykiwania wykonywał niekiedy nawet przez długi przeciąg czasu (94 dni). — H. mówi głównie o zmianach w naczyniach, w pozostałych bowiem narządach nie stwierdził nic więcej, niż inni badacze. H. znalazł zmiany w tętnicy głównej, wyprostowanie włókien sprężystych warstwy środkowej, oraz w jednym przypadku krwiaka śródściennego — ale ani razu nie spotkał ani zwapnień, ani też martwicy w ścianach tętnicy głównej, co właśnie miało cechować t. zw. śródżylne zatrucie wyciągiem z nadnerczy. H. zwraca uwagę na następujące okoliczności: 1) króliki używane przez H. do doświadczeń były młode i zdrowe, dobrze odżywione i w toku doświadczeń nietylko nie chudły, lecz zwykle (prócz jednego) przybierały na wadze. 2) Już Fischer wspomina, że u zwierząt wyniszczonych, którym nie wstrzykiwano żadnych toksyn, znajdował zwapnienia w tętnicy głównej, jak po wstrzykiwaniach adrenaliny, a także Koranyi zwraca uwagę, że zwierzęta, karmione brukwią, są odporniejsze od zwierząt, karmionych owsem. 3) Już w roku 1881 opisał Oscar Israel[1]) zmiany w tętnicy głównej królika, takie same, jak te, które opisują wszyscy inni autorowie od r. 1903 po wstrzykiwaniu wyciągów z nadnerczy. Israel badał, jakie zmiany występują w sercu królika po usunięciu jednej nerki lub też po wywołaniu w nerce zapalenia i zupełnie przypadkowo znalazł zmiany w tętnicy głównej, które nazwał *»endoaortitis deformans chronica«* i uważał za coś odrębnego od ludzkiej miażdżycy, dopatrując się przyczyny tych zmian w podniesieniu ciśnienia krwi. (Preparaty Israela są dotąd zachowane w muzeum patolog. w Berlinie). Wobec tego warto się zastanowić, czy nie zdarzają się samorodnie w tętnicy głównej królika takie zmiany, jakie opisują różni badacze, i bez wstrzykiwań adrenaliny, a to u królików różnych ras, różnego wieku i odżywianych w różny sposób. Przecież nawet tym autorom, którym udawało się otrzymać zmiany w środkowej warstwie ściany tętnicy głównej, zdarzało się nieraz, że nawet po wielokrotnem wstrzykiwaniu żadnych zmian nie znaleziono, a z drugiej znów strony Erb podaje, że widział zmiany już po jednorazowem wstrzyknięciu. Bardzo być może, że powstawanie tych zmian u królików przyspiesza wstrzykiwanie wyciągu z nadnerczy, ale nie jest jeszcze pewnem, czy je wywołuje. *Stahr.*

Doc. Z. Orłowski. **Dalsze doświadczenia nad doświadczalną miażdżycą tętnicy głównej u królików.** (*Russkij Wracz* Nr 11, 1907). Autor wstrzykiwał królikom 1 prc. rozczyn chlorku barowego (od 2 do 5 podziałek gramowej strzykawki Pravatza) i stwierdzał potem w tętnicy głównej zmiany, niczem osobliwem nie różniące się od zmian, powstałych pod wpływem wstrzykiwań adrenaliny, digalenu, adonidyny, strofantyny (por. »Przegl. lek.« 1906, Nr 14). Ponieważ śródbłonek naczyń odżywczych (*vasa vasorum*) był tu w wielu miejscach nabrzmiały, tak że światło naczyń odżywczych w bardzo wielu miejscach było zwężone, a niekiedy i zupełnie zatkane, przeto autor przychodzi do wniosku, że wszystkie wyż wymienione środki są jakby truciznami śródbłonkowemi, które, drażniąc śródbłonek, wiodą do zwężenia, a niekiedy i do zamknięcia światła naczyń odżywczych (*vasa vasorum*), co wywołuje martwicę środkowej warstwy ściany z następczem odkładaniem się wapna i t. d. W ten sposób przyczyną doświadczalnej miażdżycy tętnicy głównej u królików jest trujące działanie adrenaliny, digalenu itd.; mechaniczne zaś działanie (podniesienie ciśnienia krwi) gra zupełnie podrzędną rolę. (Wnioski autora zostały ostatnimi czasy zupełnie potwierdzone w pracy dra Torpowa. *Przyp. spr.*) *Z. Orłowski.*

Prof. Hirsch i prof. Spalteholz. **Tętnice wieńcowe i mięsień sercowy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1907, Nr 20). W części doświadczalnej tej pracy dochodzi Hirsch do wniosku, że tętnice wieńcowe serca nie są końcowemi; przeciwnie, rozgałęzienia naczyń sercowych są bardzo liczne i mają liczne połączenia. — Spalteholz ze stanowiska anatomicznego dochodzi do podobnych wyników i twierdzi, że tętnice wieńcowe łączą się ze sobą blizko powierzchni mięśnia i pod wsierdziem. Mięśnie brodawkowate mają kilka naczyń doprowadzających, łączących się ze sobą. Unaczynienie mięśnia sercowego u psa i człowieka jest podobne. Połączenia tętnicze, zwłaszcza u noworodków, można łatwo stwierdzić. *Klęsk.*

Andropow. **Porównanie działania na serce odosobnione jednoatomowych i wieloatomowych alkoholów rzędu tłuszczowego.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 14). Dla swoich badań brał autor (w pracowni farmakologicznej prof. Krawkowa w Petersburgu) pierwotne normalne alkohole: metylowy, etylowy, propylowy, butylowy, amylowy, heptylowy, oktylowy, z jednoatomowych — etylen, glykol, glicerynę, erytrit, adonit, mannit, z cukrów — trzcinowy, winogronowy w różnych zgęszczeniach. Posługiwał się sposobem Langendorffa i płynem Ringer-Lockea; działalność serca zapisywał kimografem Balzarra. Wnioski autora są następujące: A) Znamienną cechą działania pierwotnych normalnych alkoholów jest fakt, że po spadnięciu wysokości skurczów znowu przez jakiś czas wyrównywa się czynność serca w mniejszym lub większym stopniu; otrzymuje się wrażenie, jakby serce przyzwyczajało się do trucizny; tylko po mocnych rozczynach czynność serca już się nie wyrównywa. Co się tyczy rytmu, to już niższe alkohole — etylowy, metylowy — wywołują niewielkie przyspieszenie; zaczynając od alkoholu propylowego przyspieszenie to staje się stałem i wpadającem w oczy zjawiskiem. B) Jednoatomowe alkohole: 1) Im wyższe miejsce w rzędzie homologów zajmuje jednoatomowy alkohol, tem jadowiciej działa on na serce. 2) Jednoatomowe alkohole wpływają na serce narkotyzująco. 3) Po przepuszczeniu przez naczynia wieńcowe płynu Lockea, zatrutego alkoholem, serce po czaso-

[17]) Eisenberg: Ph. Über die Verwandschaft der verschiedenen Dysenteriestämme. Wiener Kl. Wochenschrif. 1904. Nr. 43.

[1]) Experimentelle Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Nierenkrankheiten und secundären Veränderungen des Circulationssystems. Virch. Arch. T. 86.

wem osłabieniu czynności może znowu w mniejszym lub większym stopniu wrócić do stanu prawidłowego. 4) Rytm pod działaniem alkoholu przyspiesza się. 5) Serce posiada znaczną wytrzymałość względem alkoholów. C) Wieloatomowe alkohole i cukier: 1) Wieloatomowe alkohole i cukry działają na serce tylko w mocnych rozczynach (1—500, 1—300, 1—200). 2) Działają one na serce z początku podniecająco, a potem obniżająco. Przytem rytm serca podczas podniecenia wysokości skurczów na krzywej przyspiesza się, a potem w większości przypadków opada. 3) Usunięcie trucizny w większości przypadków prowadzi do dalszego osłabienia siły skurczów serca i zwolnienia rytmu. 4) Rozczyny 1: 25, 1: 20 osłabiają serce aż do zupełnego zatrzymania jego czynności. 5) Wieloatomowe alkohole działają na serce porażająco. Etylen-glykol pod tym względem zajmuje miejsce pośrednie między jedno- i wieloatomowymi alkoholami: w słabych rozczynach działa narkotyzująco, w mocnych — wywołuje porażenie. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Medycyna wewnętrzna.

Treupel. **Dzisiejszy stan nauki, dotyczący opukiwania serca.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, 20 i 21). O ile określenie t. zw. bezwzględnego stłumienia serca daje zazwyczaj zgodne wyniki, o tyle oznaczenie wielkości całej przedniej powierzchni serca, uzyskiwane zapomocą oznaczania t. zw. stłumienia względnego, daje nawet u badaczy, którzy się specyalnie tą sprawą zajmowali, wyniki, znacznie się pomiędzy sobą różniące. Wprowadzenie ortodiagramów było w określeniu wielkości całej przedniej powierzchni serca niewątpliwie ważnym krokiem naprzód. Obecnie rozporządza nauka w tym celu trzema metodami. Metoda Ewalda-Goldscheidera daje niewątpliwie najdokładniejsze wyniki. Polega ona na bardzo lekkiem opukiwaniu i wychodzi z zasady, że nawet najlżejsze opukiwanie, już słyszalne, wywołuje drgania, udzielające się całej klatce piersiowej (tak zw. Schwellenwertsperkussion). Można jednak posługiwać się z dobrym wynikiem opukiwaniem średniosilnem (wedle Moritza), trzeba wszakże pamiętać o tem, że granica prawego serca wywołuje ton nietylko krótszy, ale i wyższy. Wreszcie trzecia metoda t. zw. wyczuwającego opukiwania (Tastperkussion), wprowadzona przez Ebsteina, dopuszcza opukiwanie dla ucha niesłyszalne. Tylko uczucie oporności jest tu rozstrzygające. Metody te pozwalają w każdym niemal przypadku oznaczyć kształt i wielkość całego serca, wraz z pniem wielkich naczyń. *Dr M. Godlewski.*

Meier H. **O użyciu fonografu w medycynie wewnętrznej.** (*Allg. med. Ctrl. Ztg.* 1907, Nr 16). M. próbował użyć fonografu do zapisywania tonów sercowych ze skutkiem pomyślnym, łącząc z drgającą blaszką fonografu osobnego rodzaju słuchawkę (stetoskop). Po potrzebnych jeszcze ulepszeniach będzie można, zdaniem M., zakładać zbiory tonów i szmerów sercowych dla celów dydaktycznych. *Dr M. Lauterbach.*

Władysław Janowski. **O badaniu zapasowej energii serca zapomocą ucisku na tętnice biodrowe (sposób Katzensteina), oraz o spostrzeganych przytem zmianach w krzywej tętna.** (*Czasopismo lek.* Nr 3, 1907). W roku 1904 podał Katzenstein sposób badania zapasowej energii serca. Określiwszy wprzód ciśnienie krwi tonometrem Gaertnera i policzywszy tętno, uciska Katzenstein następnie obie tętnice udowe na wysokości więzadła Pouparta w ciągu 2—5 minut, poczem, nie przerywając ucisku, bada ponownie ciśnienie krwi. Na podstawie 300 pomiarów na 128 osobnikach twierdzi Katzenstein, że u osób zdrowych (zbadał 63), ciśnienie krwi podnosi się o 5'''—15''' rtęci tonometru Gaertnera, a tętno pozostaje bez zmiany lub staje się nieco rzadszem. Jeżeli tylko tętno staje się częstszem, to znaczy, że przy tem doświadczeniu powstające zwiększenie pracy wykonywa serce nie przez zwiększenie siły poszczególnych skurczów, lecz przez zwiększenie ich liczby, a więc, że nie jest całkowicie sprawne. Przy nieznacznej niedomodze serca ucisk na tętnice udowe nie wywołuje wcale podniesienia ciśnienia krwi. Im częstszem staje się przytem tętno, tem stopień niedomogi serca jest większy. Przy wyższych stopniach niedomogi serca ucisk na tętnice udowe wywołuje spadek ciśnienia krwi tem większy, im niedomoga serca znaczniejsza. Tętno staje się przytem zawsze częstszem. Autor celem sprawdzenia badań Katzensteina dokonał 88 pomiarów na 49 osobnikach. Swoje badania prowadził na szerszą skalę, bo równocześnie obok tonometru Gaertnera nakładał na prawe przedramię badanego sfigmochronograf Jaqueta-Sahliego, a na prawe ramię tonometr Riva-Rocciego. Na podstawie swego doświadczenia wypowiada J. zdanie, że metoda Katzensteina, której wartość kliniczna byłaby wprost nieoceniona, nie może być niestety do użytku w klinice zalecana. Nie można mianowicie serca uważać za zupełnie sprawne, gdy otrzymane wyniki są zupełnie zgodne ze schematem Katzensteina, ani też nie można go uważać za niedostatecznie sprawne, gdy otrzymane wyniki są ze schematem Katzensteina sprzeczne. Podczas wykonywania prób wedle Katzensteina zachodzi mianowicie żywa gra nerwów naczynio-ruchowych, której wpływ na ostateczny wynik badania jest, zarówno co do tętna, jak i co do ciśnienia krwi, nieobliczalny. — W końcu swej pracy zwraca autor uwagę na zmiany w krzywej tętna wśród powyższych badań. *Stahr.*

Nürnberg. **Dwubitność przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* Z. 1—2, 1907). W celu oświetlenia zapatrywania Goldscheidera o znaczeniu rozpoznawczem tętna dwubitnego przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej i dwudzielnej opisuje N. 9 przypadków tych wad skombinowanych (z kliniki prof. Openchowskiego), podając krzywe tętna. We wszystkich przypadkach stwierdza mniejsze lub większe wzniesienie dwubitności. Sądzi, że wymacalna dwubitność w 2 przypadkach Goldscheidera wytłómaczoną być może gorączką i młodym wiekiem chorych. W swoich 9 przypadkach, w których chodziło o chorych niegorączkujących ze skombinowanemi wadami, nie stwierdził N. dwubitności przez badanie palcem, lecz jedynie na krzywej tętna. Przy badaniu takiego tętna i wysnuwaniu wniosków rozpoznawczych należy zawsze zwrócić uwagę na ciepłotę, wiek chorego i czas trwania choroby serca. *Dr Witold Skórczewski.*

W. Janowski. **Dwubitność tętna przy niedomykalności zastawki dwudzielnej.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* Z. 1—2, 1907). Autor sprzeciwia się zapatrywaniu Geigla, popartemu przez Goldscheidera, co do przyczyn powstawania dwubitności tętna w przebiegu niedomykalności zastawek tętnicy głównej, połączonej z niedomykalnością zastawki dwudzielnej. Według Geigla podczas rozkurczu przepełnia się komora lewa nadmierną ilością krwi, a fala powrotna w tętnicach zamiast, jak przy niedomykalności zastawek aorty się dzieje, wrócić do komory, napotyka na opór i wywołuje dwubitność tętna. Wyrażając przekonanie, że przyczyną powstawania dwubitności są jedynie, 1) ostre choroby zakaźne, 2) niewyrównanie czynności serca, 3) choroba Basedowa, 4) zatrucie azotynem amylowym, sądzi J., że tak w przypadku Geigla, jak i przypadkach Goldscheidera przyczyną powstawania dwubitności była sprawa ostra zakaźna, przebiegająca z gorączką (*endocarditis*). Na potwierdzenie swego zapatrywania przytacza J. krzywe tętna bez dwubitności z 2 przypadków skombinowanych wad: niedomykalności zastawek tętnicy głównej i zastawki dwudzielnej, oraz 3 przypadki niedomykalności zastawek tętnicy głównej, z których w jednym tętno dwubitne wystąpiło podczas przebywania duru plamistego, w drugim przy zaostrzeniu się sprawy na zastawkach, w trzecim wreszcie dwukrotnie, raz w przebiegu zapalenia płuc i osierdzia, drugi raz w przebiegu zapalenia wsierdzia i osierdzia. Po przebyciu sprawy ostrej spostrzegał J. u chorych znamienne dla niedomykalności tętno chybkie (*pulsus celer*) bez dwubitności. *Dr Witold Skórczewski.*

J. Pawiński. **Dusznica bolesna** (*angina pectoris*), **przebiegająca pod postacią cierpienia żołądka.** (*Gazeta lek.* Nr 7, 1907). Na obraz dusznicy bolesnej składają się zwyczajnie objawy w zakresie układu nerwowego i układu naczyniowego. Przytem raz przeważa jedna, to znowu druga grupa objawów. Oprócz tych dwóch grup zasługuje na uwagę i grupa objawów w zakresie przewodu pokarmowego. Ważne miejsce w tej grupie objawów zajmuje uczucie palenia, które chorzy nazywają zgagą. Zjawia się ono w odróżnieniu od zwykłej zgagi, zależnej od nadmiernej kwaśności soku żołądkowego, nie po przyjęciu pokarmów, często nawet naczczo. Od zgagi nerwowej odróżnia się tem, że zjawia się głównie podczas ruchu ciała, zwłaszcza na powietrzu, nie w domu. Zgagę w tem cierpieniu wywołuje nie pokarm, ale ruch. W daleko posuniętych przypadkach dusznicy, kiedy napady zjawiają się bez widocznej przyczyny, wśród zupełnego spokoju, nie bywa zwykle zgagi. Do wczesnych objawów dusznicy należy także uczucie dławienia, które się zjawia niekiedy obok zgagi i uczucia ściskania, zwężenia gardła. Bardzo częstym objawem ma być i odbijanie, które występuje pod koniec napadu. Kilkakrotnie spostrzegał autor obfite wydzielanie się śliny podczas lub pod koniec napadu. Występowanie bolów stenokardyalnych po przyjęciu pokarmów należy do najczęstszych objawów dusznicy bolesnej, czemu towarzyszy blednięcie, albo — co częściej bywa — zaczerwienienie skóry, zwłaszcza na twarzy, z uczuciem napływu krwi do głowy, mocnem kołataniem serca i obfitymi potami górnej połowy ciała. Napady dusznicy mogą się zjawiać i przy oddawaniu stolca lub po jego oddaniu.

Niekiedy, zwłaszcza po silnych napadach stenokardyalnych, następują nudności, wymioty, częste napieranie na stolec, rzadziej rozwolnienie. Czasem zaś ból wśród napadu sadowi się w dołku podsercowym, a nie w okolicy serca. — Objawy te tłómaczy autor tem, że oba narządy, serce i żołądek, zaopatrzone są w gałęzie tych samych dwu nerwów: błędnego i współczulnego, które łącząc się z sobą, tworzą sploty: sercowy i trzewny. Albo więc drogą bezpośredniego przewodnictwa, albo też drogą zwrotną mogą bodźce chorobowe z jednego narządu przenosić się na drugi. Leczenie powinno być skierowane przeciw głównej podstawie choroby, a więc przeciw stwardnieniu tętnic (jod, leki sercowe, moczopędne i t. d.), należy jednak zwrócić uwagę i na żołądek. Chorzy powinni spożywać pokarmy często, a w niewielkiej ilości, po każdym posiłku powinni zachować spokój przynajmniej przez godzinę. Często korzystną jest, — choć nie zawsze, — zamiana dyety stałej (mięsnej) na płynną (mleczno-roślinną). Pomocne bywają małe dawki kokainy, beladonny i t. p., oraz przedewszystkiem przetwory bromu. U niektórych osób ze skłonnością do skazy moczanowej osiąga się często bardzo pomyślne wyniki solą karlsbadzką lub wodami słonemi (Kissingen, Homburg i t. d.). *Stahr.*

Neurologia.

Lissmann. **Dalsze badania, dotyczące odruchu grzbietnego stopy.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 21). Mniej znany, niż odruch Babińskiego, a wedle Bechterewa i K. Mendla, (którzy o pierwszeństwo w opisaniu go spór wiodą), niemniej pewny przy odróżnianiu czynnościowych i anatomicznych porażeń, jest t. zw. objaw grzbietnego odruchu stopy. Opukując u zdrowego człowieka grzbiet stopy w okolicy kości sześciennej, widzimy wyprostowanie się (2—3 lub 2—5) palców ku górze; w organicznych cierpieniach układu nerwowego występuje wtedy naodwrót zgięcie ku dołowi. Stwierdzając istotnie stałe pojawianie się tego odruchu u ludzi zdrowych, nie spostrzegał L. nigdy, by odruch ten w patologicznej swej postaci istniał tam, gdzie nie można było wywołać odruchu Babińskiego. Istnieje też zgodność między tym odruchem, a odruchem Babińskiego, występującym, jak wiadomo, dodatnio u małych dzieci (do 4-go miesiąca), u których drogi piramidowe nie są jeszcze całkowicie wykształcone. *Dr M. Godlewski.*

F. Ris. **Porażenie postępujące, a kiła.** (*Corrbl. f. schw. Ärzte* 1907, Nr 8). Na podstawie spostrzeżeń, zebranych w kierowanym przez siebie zakładzie w Rheinau, dochodzi R. do następujących wniosków: 1) Istnieją zmiany anatomiczne kory mózgowej, znamienne dla porażenia postępującego. 2) Zmiany te polegają na przewlekłem zapaleniu; najłatwiej stwierdzić można zwyrodnienie naczyń, które zarazem jest najznamienniejsze w całej sprawie. 3) Porażenie postępujące jest jedną z postaci kiły mózgowej. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

F. Levert. **O urazowem porażeniu postępującem.** (*La Clinique* 1907, Nr 26). Od czasu Fourniera, który dowodzi, że 93 prc. chorych na porażenie postępujące przebywało wprzód kiłę, zakorzeniło się przekonanie, że nie istnieje porażenie postępujące bez kiły. Za tem oświadczyli się także wszyscy wybitni klinicyści francuscy. W przeciwieństwie do tego zapatrywania udowadnia L., że sam uraz, jako taki, może być przyczyną porażenia postępującego. *Stahr.*

Teklenburg. **W sprawie odbijania nerwowego.** (*Zentralblatt f. Chir.* 1907, Nr 10). Dotąd jedynie francuscy badacze usiłowali wyjaśnić to zjawisko, jednak w sposób niedostateczny. Autor wbrew twierdzeniu Adlera, że aërofagia występuje u ludzi nerwowo chorych ze zdrowym żołądkiem, utrzymuje, że takie przypadki należą właśnie do wyjątków. Wprawdzie Crämer uważa odbijanie nerwowe za objaw schorzenia, polegającego na niedowładzie przewodu pokarmowego, a co za tem idzie, utrudnionego wessania gazów, powstałych w jelitach i wydalenia ich na zewnątrz, przeciwko jednak temu tłómaczeniu przemawia skład odbijanych gazów, taki sam jak powietrza, brak smaku i zapachu, wreszcie ta okoliczność, że odbijanie nerwowe można przerwać przez zastosowanie najrozmaitszych sposobów (n. p. otwieranie ust na pewien czas i uniemożliwienie połykania powietrza). Wbrew zapatrywaniu Adlera występuje odbijanie nerwowe najczęściej przy nieżycie żołądka z obniżoną siłą wydzielniczą, przy raku i nadmiernej kwaśności, czy to nerwowej, czy przy wrzodzie okrągłym. Pomijając rzadkie przypadki aërofagii na tle nerwowem, jest nerwowość przy tem schorzeniu jedynie następową. Adler wspomina o wzdęciu żołądka i wynikających stąd zaburzeniach w sąsiednich narządach. Między innemi znane są spostrzeżenia dusznicy bolesnej u aërofagów, która jest daleko dokuczliwsza, niż po przeładowaniu żołądka pokarmami, gdyż powietrze, rozdymając żołądek, ciśnie nietylko ku dołowi, ale we wszystkich kierunkach, więc i na serce i płuca. Dusznica ta zmniejsza się po ruchach, a wywołuje nieraz najrozmaitsze zaburzenia w czynności serca, czego następstwem jest uczucie niepokoju, przy dłuższem trwaniu występujący rozstrój nerwowy i aërofagia. Powstaje więc tutaj prawdziwe błędne koło. Na podstawie klinicznych spostrzeżeń zwraca T. uwagę, że takie wzdęcie żołądka przy wrzodzie okrągłym — a przypadki takie są częste — bardzo przeszkadza zabliźnianiu się wrzodów, a niekiedy doprowadza nawet do krwotoków. Leczenie powinno być skierowane częścią przeciw ogólnej nerwowości, częścią przeciw połykaniu powietrza, do czego najlepiej się nadają proste zabiegi (otwarcie ust na pewien czas w razie wystąpienia aërofagii). *Kasprzyk* (Berlin).

Pedyatrya.

Progulski. **W sprawie rozpoznawania nagminnego zapalenia opon u osesków.** (*Tygodnik lek.* 1907, Nr 6—7). Autor zwraca uwagę na częstość tego cierpienia u osesków, które z powodu nietypowego przebiegu uchodzi baczności lekarzy. Nieraz początek choroby bywa powolny, a na pierwszy plan wysuwają się objawy ze strony płuc przy braku wymiotów i sztywności karku. Do stałych objawów należy gorączka, która najczęściej bywa silnie zwalniająca lub przerywana. Uderzającym bywa ogólny niepokój i bardzo znaczna drażliwość. Mniej stałe bywają drgawki i ruchy automatyczne rączek lub nóżek. Objaw Kerniga zdarza się u osesków rzadko. Ważne znaczenie mają wysypki skórne, jako wyraz zaburzeń w sferze naczynio-ruchowej, postacią przypominające odrę, dur, wysyki krwotoczne, pęcherzycę lub półpasiec. Nadto należy zwrócić uwagę na napięcie ciemienia, rozchodzenie się szwów czaszkowych, przedtem już zwartych. U osesków w przebiegu nagminnego zapalenia opon łaknienie się utrzymuje, przeciwnie, niż u dzieci kilkoletnich i osób dorosłych. Rozstrzyga o naturze cierpienia nakłucie lędźwiowe, które Pr. jako zabieg drobny, łatwy i niewinny gorąco poleca. *Dr Blassberg.*

Ławrow. **Przypadek nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, wyleczony surowicą Kollego i Wassermanna.** (*Russkij Wracz* 1907, Nr 14). 13-letni chłopiec zachorował 8. IX. 1906 na typowe nagminne zapalenie opon; rozpoznanie stwierdzono bakteryologicznie. Od 6. X. chory zupełnie nieprzytomny, mocz oddaje pod siebie; nie je, nie pije; tętno słabe, nieprawidłowe; ciepłota 37,6°. W tak krytycznym stanie wstrzyknął autor o 5-tej godzinie wieczorem 13. X. 10 sz. ctm. surowicy. O 11-tej godzinie głęboka śpiączka, typowy oddech Cheyne-Stokesa z dużemi przerwami; tętno 80, słabe, nieprawidłowe; stan taki trwał do 3-ciej godziny rano, o której chory zażądał poraz pierwszy od kilku dni pić. Potem nastąpił głęboki sen do 8-mej godziny zrana. 14. X. O 8-mej godzinie zrana ciepłota 36,3; prawie zupełna przytomność, tętno 100, prawidłowe; chory nie odczuwa żadnych bolów; o 9-tej zrana wstrzyknięto jeszcze 10 sz. ctm. surowicy; chory zażądał posiłku, i z apetytem w ciągu dnia wypił 4 szklanki mleka i szklankę bulionu i t. d. Na 7. dzień znikło tyłozgięcie głowy, na 14. — objaw Kerniga. Chory wyzdrowiał zupełnie. Na podstawie tego przypadku poleca autor gorąco surowicę w przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Lemarquand. **Płonica u matek, a oseski.** (*Thèse de Paris*, 1906). Wieloletnie doświadczenie klinicystów dowodzi, że matki, cierpiące na płonicę, a karmiące piersią swe dzieci, nie przenoszą nigdy na nie zakażenia płoniczego. L. zebrał w swej pracy wszystkie spostrzeżenia, tyczące się tej sprawy i znalazł tylko dwa takie przypadki, w których, o ile się zdaje, płonica z matki przeniosła się na dziecko. Mimo tych 2 spostrzeżeń należy pozwolić matkom, chorym na płonicę, karmić swe dzieci wśród choroby. Trzeba tylko czuwać, aby karmienie odbywało się jaknajczyściej, zarówno co się tyczy ust dziecka, jak piersi matczynej. Karmiącym matkom należy zabronić całowania dzieci z obawy przed wtórnemi zakażeniami paciorkowcem. Należy uważać też na to, że wydzielanie mleka może się zmniejszyć, a wtedy byłoby się zmuszonym uciekać się do mieszanego karmienia. Odporność osesków względem zakażenia matek dotyczy nietylko płonicy, ale i odry, róży i nagminnego zapalenia ślinianek, chociaż w mniejszym stopniu. Na czem polega ta odporność, dotąd na pewno niewiadomo. Należy przypuścić, że niweczniki z krwi matki dostają się z mlekiem do ustroju dziecka. *Stahr.*

Neurath. **O chorobliwem ustawieniu głowy przy porażeniach dziecięcych.** (*Wiener med. Presse* Nr 19, 1907).

Przy porażeniach tych zajmowano się dotąd jedynie zaburzeniami ruchowemi kończyn i mięśni twarzy i zaburzeniami wzrostu części porażonych. N. zwraca uwagę na wadliwe ustawienie głowy; stopień tego zboczenia nie idzie jednak w parze z ciężkością przypadku, a daje się stwierdzić również przy padaczce Jacksona. Polega on na nachyleniu głowy w stronę chorą, niekiedy z równoczesnem skręceniem w stronę zdrową. Nachylenia tego nie mozna uważać za następowe, równoważące boczne skrzywienie kręgosłupa, gdyż występuje ono niekiedy już bardzo wcześnie po porażeniu, gdy skrzywienia kręgosłupa jeszcze niema. Przyczyny tego ustawienia głowy należy się dopatrywać w jednych przypadkach w powstrzymaniu wzrostu strony porażonej, w innych natomiast, w których występuje natychmiast po porażeniu, w stałem napięciu mięśni głębokich szyi i karku.

Kasprzyk (Berlin).

Ehrhardt. **Popłonicza postępująca ropowica skóry.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 26). Cierpienie to występuje głównie u wątłych dzieci w pierwszych latach życia, w pewien czas po przebyciu błonicy. Zakażenie następuje zwykle od zewnątrz przez zakażone ręce chorego. Cierpienie rozpoczyna się nagle, gwałtownie, wśród zaburzeń stanu ogólnego. Skóra w zajętem miejscu jest obrzękła, silnie zaczerwieniona. Przy nacięciu wydobywa się niewiele ropy, jednakże stwierdzić można podminowania i zaułki na wszystkie strony. Często skóra podminowana obumiera na wielkiej przestrzeni. Rokowanie bardzo niepomyślne. Leczenie chirurgiczne nie daje zadawalniających wyników; może leczenie surowicą będzie skuteczniejsze. Dotąd surowicy nie stosowano z powodu trudności rozpoznawczych.

Klęsk.

Chirurgia.

Kretschmann. **W sprawie następowego leczenia przewlekłych zapaleń jamy szczękowej po otwarciu jej dłutem.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 26). K. radzi przy przewlekłych zapaleniach jamy szczękowej po oddłutowaniu twarzowej ściany zachować resztę błony śluzowej i leczyć ją zachowawczo przez ranę od strony policzka. Doszczętne usuwanie całej błony śluzowej jamy szczękowej nie jest uzasadnione. Utworzenie trwałego połączenia nie jest przytem konieczne, ma jednak wielką zapobiegawczą wartość. *Klęsk.*

Goldmann i Killian. **O zastosowaniu X-promieni do badania bocznych jam nosa i ich chorób.** (*Beitr. z. klin. Chirurg.* T. 54, Z. I). G. i K. badali zapomocą X-promieni 38 przypadków chorób bocznych jam nosa, z czego 30 potem sprawdzono przez operacyę. Zdjęcie wykonywa się, kładąc chorego czołem na płytę przez $1^1/_2$ minuty, miękką lub średniomiękką lampą z pomocą zasłony (blendy). Rozmiary, rozległość, a często i treść n. p. jamy czołowej można przytem oznaczyć zupełnie pewnie. *Klęsk.*

Monnier. **Kliniczne uwagi nad wycięciem wola na podstawie 670 operacyi.** (*Beitr. z. klin. Chirurg.* T. 54, Z. I). 670 operacyi Krönleina wykazuje coraz lepsze wyniki. Wolów złośliwych i przy chorobie Basedowa nie wliczono do tej statystyki. Wól przeważa u kobiet i częściej też u nich daje groźniejsze objawy. Przypadłości oddechowych nie było tylko w 10 przypadkach. Zaledwo w 6 prc. przypadków tchawica była prawidłowa. W 63 przyp. było porażenie nerwu zwrotnego, trudności w połykaniu w 83. Pod mostek schodził wól 114 razy. Częściej schodzi płat lewy, chociaż wogóle przy zwykłym wolu przeważnie przerasta płat prawy. Podniesienie ciepłoty po operacyi występuje bardzo często. W 51 przypadkach wystąpiło ropienie, 1 chory zmarł na tężec. Śmiertelność 1·3 prc. Nawrotu nie było po wyłuszczeniu u 41·7 prc., po częściowem wycięciu u 35·4 prc. (Badano następowo 125 chorych). *Klęsk.*

Pfeiffer. **Przeszczepianie wola i doświadczalna choroba Basedowa.** (*Münch. med. Wochs.* 1907, Nr 24). Idąc za radą Payra, przeszczepiał P. wole psom i kozom do śledziony w zamiarze wywołania u nich objawów przeładowania ustroju wytworami gruczołu. W niektórych przypadkach gruczoł się przyjął i można go było znaleźć jeszcze po 127 dniach. Przeszczepianie wola wywołuje stałe przyspieszenie tętna, zwłaszcza jeżeli przenoszono gruczoł, wyjęty u chorych na chorobę Basedowa. Lepiej przeszczepiać kilka mniejszych kawałków, niż jeden duży.

Klęsk.

Leischner. **„Przeszczepianie ciałek nabłonkowych z zachowaniem ich czynności.** (*Posiedz. Tow. lek. w Wiedniu*, 1907). Doświadczenia na szczurach w pracowni klinicznej Eiselsberga doprowadziły L. do następujących wyników: Przeszczepianie ciałek nabłonkowych w odstępach 10—30-dniowych do kieszonki pod mięśniem prostym brzucha nie wywołuje żadnych objawów. Przeszczepianie jednoczasowe wywołuje objawy tężyczki, która ustępuje wkrótce, skoro przeszczepione ciałka się przyjmą. Wycięcie przeszczepionych ciałek wywołuje wybuch tężyczki. Po przyjęciu się ciałek można usunąć cały gruczoł tarczowy bez następstw. Wnioski praktyczne: Jeżeli potrzeba usunąć cały gruczoł tarczowy, należy wszczepić pod otrzewnę ciałko nabłonkowe z tego samego lub innego chorego. Przy operacyi n. p. wola torbielowatego można bez obawy wyciąć choremu jedno ciałko nabłonkowe, by wszczepić je n. p. cierpiącemu na tężyczkę. Praktycznie zastosował to już Eiselsberg u chorej cierpiącej na tężyczkę (po wyjęciu całego gruczołu przed 27 laty przez Billrotha). Chorej tej wszczepił E. ciałko nabłonkowe, wycięte u innej chorej przy operacyi, z wynikiem, jak dotąd, zupełnie pomyślnym. *Klęsk.*

Kobrak. **Zakażenie ogólne przy ostrem zapaleniu ucha środkowego.** (*Allg. med. Ztrl. Ztg.* 1907, Nr 20). Stwierdzony w niektórych przypadkach dodatni wynik próby aglutynacyjnej jest nowym dowodem, że ostre zapalenie ucha środkowego bywa czasem podstawą objawów zakażenia ogólnego, przebiegającego poniekąd podobnie do zapalenia płuc, a kończącego się nieraz pomyślnie — przełomem. Zapalenia ucha, wywołane przez paciorkowce, są wybitnie złośliwsze, niż zapalenia na tle pneumokokowem. W tych przypadkach, w których przyczyną jest paciorkowiec śluzowy (*str. mucosus*), trzeba koniecznie chorego starannie i długo nadzorować, bo w przypadkach tych zdarzają się jeszcze stosunkowo bardzo późno powikłania. W przypadkach posocznicy pochodzenia usznego nie można w rokowaniu przywiązywać wagi do tego, że zmniejsza się ilość paciorkowców, wyhodowana ze krwi, i hemoliza; natomiast nagłe wzmożenie się hemolizy i liczby kolonii, wyhodowanych ze krwi, bardzo pogarsza rokowanie. K. zwraca w końcu uwagę na 3 przypadki przez siebie spostrzegane, w których przyczyną czysto-ropnego zapalenia ucha były prątki błonicze Löfflerowskie.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Voss. **Zostawcie skrzep w spokoju.** (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.* T. 53, Z. 4). V. zaleca gorąco przy operacyach usznych nie usuwać łyżeczką skrzepu zakażonego, lecz po podwiązaniu żyły szyjnej odciąć przednią ścianę zatoki żylnej wzdłuż skrzepu. Skrzep sam, a raczej rozmiękłe tegoż miejsca, można naciąć, wydobywać całego jednak się nie powinno. Przy tem postępowaniu odpływ zakażonego materyału jest zupełnie dostateczny. Wydobywanie skrzepu i tamponowanie pustej zatoki nieraz wprost przenosi zakażenie dalej. *Klęsk.*

Położnictwo i ginekologia.

Seweryn Sterling. **O wpływie ciąży i porodu na przebieg gruźlicy płuc.** (*Czas. lek.* Nr 1, 1907). W wieku XVIII. i w pierwszej połowie XIX. wieku głosiły powagi lekarskie, że ciąża jest pożądanem, bo korzystnem powikłaniem gruźlicy, zaś w drugiej połowie XIX. wieku brzmiały zdania lekarzy wprost przeciwnie. W ostatnich zaś czasach szczególnie autorowie francuscy dochodzą do wniosku, że ani ciąża, ani poród nie sprzyjają powstaniu gruźlicy u kobiet, obciążonych dziedzicznie i że nie pogarszają przebiegu gruźlicy, ale że przeciwnie stan płuc często się poprawia. Co się tyczy sprawy sztucznego — w celach leczniczych — przerwania ciąży u chorych na gruźlicę, to odróżnić należy poród przedwczesny od poronienia. Poród przedwczesny według zgodnego zdania wszystkich autorów nigdy nie wpływa dodatnio na przebieg gruźlicy; jeśli więc bywa stosowany, to jedynie w celu uratowania życia płodu. Inaczej co do poronienia. Jedni w każdym przypadku gruźlicy domagają się wywołania poronienia, inni znowu podają pewne wskazania (gruźlica krtani, pogarszanie się sprawy płucnej, dające zresztą dobre rokowanie). Są wreszcie i bezwzględni przeciwnicy tego zabiegu. Zdaniem autora, większość materyałów, dotąd w tej sprawie drukiem ogłoszonych, ma wartość wielce wątpliwą. Przedewszystkiem 1) istniejące statystyki, to głównie statystyki zakładowe, szpitalne, a więc tyczące się kobiet głównie niezamożnych, a nawet ubogich; 2) podane wywiady opierają się na podstawach bardzo kruchych, jak wszystkie wywiady w chorobach przewlekłych, niespostrzeganych przez lekarza osobiście; 3) czas, przez który autorowie opisanych przypadków je spostrzegali, wynosi najczęściej dni kilka do kilkunastu. S. wyraża przekonanie, że nie ciąża sama przez się, ale zły stan chorych, daleko posunięta sprawa gruźlicza stwarza dopiero warunki, wśród których ciąża działa zgubnie na dalszy przebieg gruźlicy, przynajmniej u robotnic fabrycznych. Na podstawie obliczeń statystycznych dochodzi S. do wniosku, że i poród także nie ma szczególnego wpływu na śmiertelność z gruźlicy. Autor godzi się z Weinber-

giem, że ujemny wpływ ciąży na przebieg i powstanie gruźlicy jest przeceniany. Dopełnić należy badania kliniczne poszukiwaniami statystycznemi, uwzględniającemi całą ludność, nietylko sfery niezamożne. *Stahr.*

Ö. Tuszkai. **W sprawie sztucznego poronienia.** (*Wien. med. Woch.* Nr 27, 1907). W obszernej pracy zwraca T. uwagę lekarzy na konieczność badania wewnętrznego u kobiet, żądających przerwania ciąży. Udaje się czasem przez mały wybieg, do którego lekarz ma prawo, np. przez zapisanie leku obojętnego, lub też zapewnienie chorej, jużto, że poronienie jest w toku, już też (za następnym razem), że macica stanowczo mniejsza, — rzecz odwlec, a gdy chora czuje się matką, już wtedy o wywołaniu poronienia nie myśli. Jak ważne jest w tych przypadkach badanie wewnętrzne, o tem świadczy kilka przypadków z praktyki autora. U dziewczyny 17-letniej po jakimś niewinnym flircie ustało miesiączkowanie. Zgłasza się ona do T. z prośbą o radę. T. odprawia ją z niczem bez badania wewnętrznego. Chora przebiła sobie jakiemś narzędziem sklepienie tylne i boczne i zginęła z krwotoku. Sekcya stwierdziła, że ciąży nie było. — Zdarza się też, że właśnie u takiej kobiety, życzącej sobie przerwania ciąży, może być ciąża zewnątrzmaciczna. T. przytacza trzy takie przypadki, z których dwa zakończyły się śmiercią z krwotoku wewnętrznego z winy chorej, w trzecim chora przeszło 3 miesiące również z własnej winy ciężko chorowała wśród objawów krwawienia wewnętrznego. Te chore T. badał i zwrócił im uwagę na ich stan. — W trzech przypadkach przerwał T. ciążę na podstawie wskazania leczniczego, i tak: 1) z powodu wymiotów niepowściągłych, 2) z powodu ciężkiej niewyrównanej wady serca. 3) Chora w początku IV. miesiąca ciąży przyszła z listem od 3 lekarzy, którzy opisują u niej ciągłe wymioty i codzienne napady duszności od początku ciąży. Chora straciła 9 kg. wagi, jest bardzo osłabiona, niedokrwista, nerwowa; nie może chodzić. Napady duszności przebiegały w ten sposób, że nagle po spokojnym śnie popołudniowym chora dostawała dreszczu, skóra bladła, ciepłota ciała 36·2° C, bole i zawroty głowy, drżenie gałek ocznych (*nystagmus horizontalis*). Napad trwał godzinę, wśród czego występowało ziewanie, trwające później 30—40 godzin, utrudniające oddech, który też stawał się częstym i płytkim. Potem silne bicie serca, oddechów 40, tętno 130, bole dołem po obu stronach, brzuch wciągnięty, twardy, kaszel, czkawka, drżenie kończyn dolnych, sinica warg i twarzy. Oddech staje się nieregularny, przerwa, tętno nitkowate, trudno macalne. Stan ten trwa 5—10 minut; po 15—20-sekundowej przerwie oddech staje się prawidłowy. Przy badaniu wewnętrznem napady się powtarzają. T. nie mógł w tym przypadku określić właściwej siedziby choroby; nie ulegał jednak wątpliwości związek przyczynowy z częściami rodnemi wewnętrznemi. Chora jest histeryczką; objawy te wystąpiły dopiero w ciąży. Przerwano ciążę w obecności 2 lekarzy, poczem napady ustąpiły. T. nie żałuje, że w tym przypadku wywołał sztuczne poronienie; jednak ze stanowiska naukowego nie może swego postąpienia ściśle uzasadnić. *Engländer.*

Widmer. **O raku trzonu macicy.** (*Corrbl. f. schw. Aerzte* 1907, Nr 9). Wczesne rozpoznanie raka trzonu macicy zależy jeszcze więcej, niż rozpoznanie raka szyjki lub części pochwowej, od obecności objawu, wywołanego wprost przez nowotwór, t. j. od krwotoku, czy to w okresie miesiączkowym, czy w przerwie międzymiesiączkowej. Wielce prawdopodobnym jest rak w tych przypadkach, w których po długiej (nieraz wieloletniej) przerwie w miesiączkowaniu pojawiają się krwawienia. Dlatego we wszystkich przypadkach krwawień po okresie przekwitania należy myśleć o raku, nawet gdyby nie było żadnych innych ku temu danych. Podejrzane są także krwawienia atypowe, t. j. nieregularne, i krwawienia, choćby drobne, pojawiające się pomiędzy prawidłowemi miesiączkami. Najtrudniejsze jest rozpoznanie w tych przypadkach, w których krwotoki trzymają się mniej więcej toru miesiączkowego i przez to nie wpadają w oko. Głównym sposobem rozpoznawczym przy raku trzonu jest wyskrobanie macicy, które należałoby wogóle wykonywać w celach rozpoznawczych o wiele częściej, niż to się dzieje obecnie. Widoki wyleczenia zależeć będą zawsze nietyle od metody operacyjnej, ile od wczesnego rozpoznania.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

Stiassny. **Przyczynek do zapobiegania i leczenia zapaleń sutka.** (*Gyn. Rundschau* 1907, Nr 1). Przedstawiwszy przebieg choroby 13 przypadków zapaleń sutka przez siebie leczonych metodą Bier-Klappa z wynikiem dodatnim, poleca S. ten sposób, ponieważ skraca on znacznie czas leczenia, a w razie wytworzenia się nacieku ropnego nie pozostawia szpecących blizn. *O.*

Valenta. **Dwa przypadki cięcia cesarskiego z powodu mięśniaka i zmiękknienia kości.** (*Gyn. Rundschau* 1907, Nr 10). W pierwszym z tych przypadków mięśniak wielkości główki dziecka, nizko w miednicy małej usadowiony, w drugim zmiękknienie kości przy sprzężnej pr. $3^1/_2$ ctm. skłoniły V. do wykonania cięcia cesarskiego. Drugi przypadek, który zakończył się śmiercią, jest o tyle zajmujący, iż V. musiał wykonać operacyę sposobem Porro przy zgorzeli pochwy i sromu i obumarciu płodu. *O.*

Okulistyka.

L. Ziegler: **Gruźlica rogówki, wyleczona zapomocą wstrzykiwań tuberkuliny.** (*Ophtalmology Vol. III*, Nr 3, 1907). Autor dochodzi do następujących wniosków: Gruźlica rogówki (*keratitis tuberculosa*) nie różni się niejednokrotnie objawami od śródmiąższowego zapalenia rogówki (*keratitis interstitialis*). Wstrzyknięcie tuberkuliny jest najlepszym środkiem, rozstrzygającym rozpoznanie w przypadkach wątpliwych. Badania bakteryologiczne, szczepienie na zwierzętach i uwzględnienie stanu ogólnego mogą dostarczyć również cennych wskazówek. Wstrzykiwania tuberkuliny mają również bezsprzecznie korzystny wpływ na przebieg gruźliczych zapaleń oka. *K. W. Majewski.*

Fukała Wincenty. **O leczeniu zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego.** (*Aerztl. Zentralztg.* 1907, Nr 21). Oprócz rozszerzania źrenicy, do czego autor używa atropiny w rozczynach silnych od 2—4°/₀, stosuje on jako środek swoisty przeciwko zapaleniom tęczówki i ciałka rzęskowego rozczyn sublimatu 1:40000. Chorego kładzie się na sofie. Oko znieczula się 5, 10, a wreszcie 15°/₀ rozczynem kokainy, następnie pociera się całą spojówkę gałkową od rogówki aż po załamki zapomocą kawałka waty, trzymanego w odpowiednich szczypczykach i napojonego rozczynem sublimatu 1:4000, ogrzanym do 20° C. Bezpośrednio po tem wytarciu zapuszcza się atropinę. Autor zapewnia, że sposób ten nigdy nie zawodzi, i że nawet w ciężkich przypadkach zmniejsza zapalenie i przekrwienie, uspokaja bole i przyspiesza wyleczenie. Niekiedy trzeba się uciekać jeszcze do upustu krwi ze skroni i zastosowania środków wewnętrznych. *K. W. Majewski.*

Cheney. **Leczenie jaskry prostej.** (*Ophtalmology Vol. III*, Nr 3, 1907). Autor jest tego przekonania, że jedynym i koniecznym warunkiem powstrzymania jaskry jest sztuczne obniżenie ucisku śródocznego, nawet, gdy nie jest bezwzględnie wzmożony, t. zn., gdy nawet najprawniejsze palce nie zdołają stwierdzić wzmożenia ucisku. To swoje stanowisko tłómaczy Ch., podnosząc, że zagłębienie tarczy i zanik nerwu przy jaskrze prostej zależy nie od wzmożenia ucisku śródocznego, lecz od zwątlenia blaszki sitowej, która poddaje się już prawidłowemu ciśnieniu śródgałkowemu. Autor uważa za najskuteczniejszy sposób obniżenia napięcia irydektomię dobrzeźną i radzi ją wykonywać w przypadkach jaskry prostej. Na środki zwężające źrenicę przystaje w przypadkach jaskry prostej u ludzi podeszłych, u których zanik wzroku postępuje zwolna i gdzie można mieć nadzieję, że się im w ten sposób na resztę życia bez operacyi jaki taki wzrok zachowa. *K. W. Majewski.*

Laroyenne, Moreau. **Trzy przypadki złamania czaszki z prawdopodobieństwem uszkodzenia nerwu wzrokowego.** (*Rev. gen. d'opht.*, Nr 3, 1907). Autorowie spostrzegali 3 przypadki złamania czaszki, które skończyły się bądźto jednostronną zupełną ślepotą, bądź znacznem upośledzeniem wzroku i zwężeniem pola widzenia. U wszystkich chorych dno oka przedstawiało z początku obraz tarczy zastoinowej, która potem przeszła w zanik nerwu wzrokowego z częściową lub zupełną ślepotą. Mechanizm uszkodzenia nerwu wzrokowego tłómaczą autorowie szczelinowatem pęknięciem kości podstawy czaszki, które sięgało w obręb oczodołu, wywołując jużto zwężenie otworu wzrokowego (*for. opt.*) i ugniecenie nerwu wzrokowego, jużto krwotok do pochewek tego nerwu. Wobec tego, że tarcza zastoinowa przez czas długi może nie wywoływac upośledzenia, zwłaszcza naośnej bystrości wzroku, należy w każdym przypadku, w którym istnieje przypuszczenie złamania podstawy czaszki, badać dno oczu wziernikiem. *K. W. Majewski.*

Wells. **Widzenie proste mimo odwróconych obrazów siatkówkowych.** (*Ophthalmology Vol. 3*, Nr 3, 1907). Autor omawia teoryę Poullainea, który na podstawie badań anatomicznych dowiódł, że włókna nerwu wzrokowego nie przebiegają prostolinijnie, lecz opisują w pniu nerwowym łuki, które świadczą o skręceniu całego nerwu o 180°. Ten szczegół anatomiczny ma, zdaniem Poullainea, tłómaczyć fizyologiczne wyprostowywanie odwróconych wrażeń wzrokowych. Autora nie przekonywa to rozumowanie. Zdarzają się przecież niezmiernie często osobni-

cze różnice nietylko w drobnych, ale i w ważniejszych szczegółach anatomicznej budowy ciała, nie podobna zatem przypuścić, żeby w tem skręceniu wiązek włókien nerwu wzrokowego nie zachodziły nigdy nieznaczne przynajmniej nieprawidłowości, np. żeby skręcenie nie wynosiło nigdy mniej, ani więcej, niż 180°. Gdyby prawdą było, że reinwersya wrażeń siatkówkowych od tego skręcenia nerwu zależy, musiałyby być zatem znane przypadki skośnego, lub nawet odwróconego widzenia zewnętrznych przedmiotów. Tymczasem o istnieniu takich przypadków nic nam niewiadomo. Autor usiłuje wytłómaczyć zdolność prostego widzenia przebiegiem promieni, łączących każdy punkt przedmiotu z odpowiednim punktem obrazka siatkówkowego przez punkt węzłowy oka. Dzięki temu każda cząstka widzianego przedmiotu zostaje umiejscowiona w tym punkcie pola widzenia, w którym się rzeczywiście znajduje, a przez to samo i cały przedmiot musi być widziany prosto, a nie odwrotnie. *K. W. Majewski.*

Medycyna sądowa.

Kratter. **O przemieszczaniu się trucizn w zwłokach i możności wykrycia ich w przypadkach późnego odgrzebania.** (Odczyt na Zjeździe niem. Tow. med. sąd. w Stuttgarcie, 1906). (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T, 33, 1907). Wszystkie zadane za życia trucizny, które nie zmieniają się pod wpływem gnicia, tak nieorganiczne, jak organiczne, ulegają w zwłokach przemieszczeniu ku częściom niżej położonym, przyczem najszybciej wędrują trucizny roślinne. Na tę zmianę siedziby wpływa rodzaj połączenia trucizny z tkankami ustroju i szybkość rozkładu zwłok, ktory przyspiesza wyługowanie trucizn. Przy badaniu chemicznem zwłok później odgrzebanych szczególną uwagę należy więc zwracać na okolice ciała najniżej położone, przylegające do nich części ubrania, podstawę trumny i dno grobu. Trucizny mineralne można w ten sposób wykryć dopóty, dopóki istnieją choćby resztki zwłok, nie należy jednak zapominać o możliwości wtargnięcia substancyi trujących z otoczenia. W takim wszakże razie znajdują się trucizny w górnych częściach zwłok. W zwłokach, uległych przemianie tłuszczo-woskowej, wyługowanie trucizn odbywa się tak powoli, że strychninę udało się w nich wykryć w 6 lat po śmierci. *Bujak.*

L. Wachholz. **O rozpoznaniu śmierci z utonięcia.** (Odczyt na Zjeździe niem. Tow. med. sąd. w Stuttgarcie, 1906). (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T. 33, 1907). Na podstawie doświadczeń dochodzi autor do wniosków następujących: 1) Stwierdzenie rozcieńczenia krwi, wziętej z lewej komory serca zwłok wydobytych z wody, przemawia za tem, że woda dostała się do płuc za życia, czyli że śmierć nastąpiła skutkiem utonięcia. W przypadkach wątpliwych jest więc wskazane badanie krwi w tym kierunku, najlepiej zapomocą kryoskopii. 2) Obecność t. zw. *emphysema aquosum* płuc pozwala przypuszczać śmierć z utonięcia, podobnie jak 3) zawartość obfitej, drobno-bańkowej piany w górnych drogach oddechowych. 4) Obecność znamiennej cieczy, z jakiej wydobyto zwłoki (n. p. zawierającej wodorosty), w górnej części jelita cienkiego, dowodzi, że ciecz ta dostała się tam za życia. *Bujak.*

Reuter. **O rozpoznaniu śmierci z utonięcia.** (Odczyt na Zjeździe niem. Tow. med. sąd. w Stuttgarcie, 1906). (*Vierteljahrschr. f. ger. Med.* T. 33, 1907). Na własnej statystyce sekcyi osób, które zginęły z utonięcia, rozpatruje R. częstość zmian anatomicznych, spotykanych przy takiej śmierci. Najznamienniejszem jest balonowate rozdęcie płuc, nierównomierne: naprzemian części rozdęte obok zapadłych. Często widuje się pod opłucną wybroczyny rozlane w postaci smug lub plam, na które zwrócił uwagę Paltauf. Sztywność płuc polega na przesiąknięciu tkanki podścieliskowej płynem topielnym. Miąższ płuc jest powietrzny, miernie ukrwiony, suchy, dopiero za uciskiem zalewa się znaczniejszą ilością cieczy. W oskrzelach, obok śluzu i cieczy topielnej z zawieszonemi w niej ciałami obcemi, widuje się często drobno bańkową pianę, niekiedy w obfitej ilości. Badanie drobnowidowe płuc ułatwia rozpoznanie śmierci z utonięcia, o ile w pęcherzykach znajdzie się ciała obce, które dostały się z płynem topielnym (treść kanałowa, piasek, wodorosty i t. p.). Niekiedy, zwłaszcza u osób, które przed śmiercią spożyły obfitszą ilość pokarmów, mimo śmierci gwałtownej krew w sercu bywa skrzepłą. Znamienną, lecz niestałą cechą bywa bezkrwistość i wiotkość śledziony, co autor odnosi do zmian naczynioruchowych. *Bujak.*

Higiena.

Gildemeister. **Stwierdzenie bakteryi duru brzusznego we krwi przez ułatwienie ich rozwoju w żółci.** (*Hyg. Rundschau* 1907, Z. 7). Dotychczas używane bakteryologiczne sposoby stwierdzenia duru brzusznego u chorych dawały wynik pewny dopiero w 2-gim tygodniu choroby. Kierując się spostrzeżeniami Castellaniego i Schottmüllera, oraz Calnadiego i Kaysera użył G. do hodowania prątków durowych ze krwi, wyjałowionej żółci bydlęcej nierozcieńczonej. Uzyskane po 24 do 36 godzinach przy 37° C. hodowle przeszczepiał G. na pożywkę Drigalskiego. Metodą tą otrzymał G. wynik dodatni u 15 z 27 badanych chorych (próba Widala 13 razy dodatnia), przyczem w pierwszym tygodniu choroby na 16 chorych 11 razy stwierdził bakterye duru (Widal 4 razy dodatni). Konieczną jest rzeczą używać żółci niezbyt starej. Metodę swoją poleca G. jako pewniejszą w początkowym okresie choroby od metody Widala, dającą dobre wyniki także przy użyciu krwi zaschłej lub skrzepłej. *L. Bier.*

Nieter. **Wartość paralysolu (stałego mydła kresolowego) w odkażaniu.** (*Hyg. Rundschau* 1907, Z. 8). Pod nazwą paralysolu wprowadziła firma Schülke i Mayr w Hamburgu nowy związek kresolu z metalami potasowców, zawierający na 1 atom K 3 drobiny kresolu; według rozbioru 8,3 prc. K i 91,7 prc. kresolu. W handlu pojawia się ciało to w praktycznej postaci 1-gramowych kołaczyków o słabym zapachu fenolu. Według doświadczeń N. nie działa paralysol na zarazki zarodnikujące nawet w 6 prc. rozczynie; natomiast niszczy wszystkie inne, praktycznie ważne zarazki, już w 1$\frac{1}{2}$ prc. rozczynie w ciągu 1 minuty. Śmiertelna dawka paralysolu wynosi na 1 klgr. wagi świnki morskiej 0,4—0,5 gr. Mała stosunkowo toksyczność paralysolu, forma kołaczyków, stały skład chemiczny, łatwość dawkowania i wybitne własności bakteryobójcze zalecają nowy przetwór jako dobry środek odkażający. *L. Bier.*

Kaiser. **Odkażanie stolców zakaźnych.** (*Arch. f. Hyg.* T. 69). Stolce płynne stosunkowo łatwo jest odkażać. Inaczej rzecz ma się jednak ze stolcami twardymi; tu środek odkażający musi działać wgłąb — 10 prc. rozczyn mydła kresolowego lub 20 prc. mleko wapienne nie odkażają zbitszych stolców dobrze nawet po dość długim przeciągu czasu. Za najpewniejszy jeszcze środek uważa autor ług sodowy 15 prc. — 10 prc. rozczyn mydła kresolowego wywiera jaki-taki skutek dopiero po dłuższym przeciągu czasu, a nie w 2 godziny, jak tego przepisy odkażania żądają. Tym środkiem należy stolce odkażać dłużej, niż 2 godziny. *Klęsk.*

Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1903, oraz 1901/2.

Streścił **prof. dr Stanisław Ciechanowski.**

(Ciąg dalszy.)

8. Stosunki sanitarne w więzieniach i aresztach.

Stosunki te do niedawna nawet w centralnych zakładach karnych dużo pozostawiały do życzenia, a w prowincyonalnych aresztach sądowych były nad wyraz opłakane. W męskim zakładzie karnym we Lwowie poprawiły się one jednak cokolwiek w r. 1902, gdy przez przeniesienie $\frac{1}{4}$ więźniów do zakładu stanisławowskiego zmniejszyło się (acz jeszcze nie zostało całkiem usunięte) przepełnienie. Zresztą starania kraj. Referenta sanitar. o ulepszenia higieniczne w zakładach lwowskich odniosły skutek, co najlepiej okazuje się ze stopniowego z roku na rok spadku śmiertelności, zarówno w zakładzie męskim, jak i żeńskim. W zakładzie w Stanisławowie również wprowadzono ulepszenia (w ogrzewaniu, urządzono natryski) i korzystnie zreformowano normę żywienia. W aresztach sądowych prowincyonalnych poprawiają się fatalne dawniej stosunki dość szybko, co idzie w parze z budowaniem coraz liczniejszych nowych gmachów sądowych. I tak, w samym r. 1903 zbudowano nowe, odpowiadające wymogom zdrowotnym aresztа przy 9 sądach. W jednej tylko Żółkwi przebudowano aresztа źle, przyczem są one brudno utrzymane. Nieodpowiednie, wilgotne, przepełnione i źle skanalizowane aresztа wymienia Rada zdrowia w r. 1903 jeszcze przy 11 sądach. Z aresztu w Szczercu rozwlókł się w r. 1903 dur plamisty, o czem już wyżej wspomniano.

9. Zwalczanie chorób zakaźnych.

Donoszenie o chorobach zakaźnych, przedewszystkiem przez zwierzchności gminne (wójtów), dużo jeszcze ciągle pozostawia do życzenia; epidemie często groźnie się szerzą jedynie wskutek tajenia choroby, lub zbyt późnego donoszenia.

W r. 190¹/₂ przytacza Rada zdrowia szereg takich przykładów; jeszcze liczniejsze w Sprawozdaniu za rok 1903 odnoszą się do duru osutkowego i wyłącznie do gmin wschodniogalicyjskich. Winnych wszędzie ukarano grzywnami, mimoto zdarzały się przypadki ponownego zatajenia. Wobec częstych zaniedbań, zaostrzono też w roku 1903 obowiązek donoszenia o chorobach zakaźnych, zmuszając gminy do regularnego przedkładania tygodniowych sprawozdań o stanie zdrowia ludności, nawet, gdy niema epidemii. We Lwowie za zaniedbanie obowiązku donoszenia, zapłaciło grzywnę w r. 1902 lekarzy 16, w r. 1903—24; o Krakowie nic nie czytamy; czyżby w Krakowie donoszenie było istotnie tak ściśle wykonywane?

Lokali izolacyjnych gminnych i szpitali epidemicznych przybywa co roku... na prowincyi, nawet po wsiach, gdy oba miasta stołeczne dotąd na to się nie zdobyły i cierpliwie znoszą dotkliwy brak przytulisk dla osób delożowanych, np. w celu odosobnienia od chorych zakaźnych lub odkażenia mieszkania. Ze sprawozdania za r. 190¹/₂ dowiadujemy się, że »w wielu gminach miejskich są lokale izolacyjne, ale po największej części zamieszkane, dopiero muszą być opróżnione«. Użyteczność domów izolacyjnych najlepiej się okazała w r. 1903, przy budowie kolei w powiecie turczańskim, gdzie mimo bardzo sprzyjających epidemii warunków, zdołano przez te domy ograniczyć dur osutkowy do niewielkich stosunkowo rozmiarów. Bardzo korzystne okazały się zapomogi rządowe dla ubogich chorych i izolowanych, powstrzymujące zdrowych od wychodzenia za zarobkiem z domów zakażonych; toteż, gdy w r. 1901 rozdano na zapomogi takie 3,600 kor., to w r. 1902 wydano już 7,300 kor., a w r. 1903—15,963 kor.

Do energicznego zwalczania epidemii przyczynia się bardzo bezpośrednia kontrola ze strony Namiestnictwa przez wysyłanie do nawiedzonych powiatów bądź inspektorów sanitarnych, bądź samego krajowego Referenta sanitarnego (w r. 1901—10 razy, w r. 1902—7 razy, w r. 1903—17 razy).

Parowych przyrządów odkażających było w r. 1901—218 (z tego stałych 82), w roku następnym 226 (79), w r. 1903—239 (74). Niestety, Rada zdrowia stwierdza, że mimo stosunkowo znacznej liczby tych przyrządów odkażanie wykonywane bywa zbyt rzadko, a co gorsza, nie zawsze jest wykonywane należycie, nawet tam, gdzie są potemu warunki i gdzie powinno służyć za wzór (w Krakowie!). Nic dziwnego, że odkażanie w niektórych miasteczkach i po wsiach, wobec takich przykładów, »bardzo jeszcze wiele pozostawia do życzenia«. Za znaczny postęp uważa Rada zdrowia kursa dla dezynfektorów, urządzane przez fizykat m. Lwowa. (Od r. 1903 urządzane bywają kursa te corocznie, ściągając uczestników z całego kraju, nawet z Podgórza, choć ono sąsiaduje z Krakowem. Ale w Krakowie, jak podnosiliśmy w nr. 52 z roku 1906, dotąd o urządzeniu takich kursów nic słychać).

Leczenie surowicą przeciwbłoniczą omawia Rada zdrowia w r. 1903 dwukrotnie (na str. 142 i 24). W r. 1903 wydało Namiestnictwo praktyczne zarządzenie, aby lekarze, wyjeżdżając do gmin, w których może panować błonica, zaopatrywali się w zapas surowicy, by ją w razie sprawdzenia choroby tej zaraz mogli zastosować. W tymże roku rozpoczęto w szpitalu św. Zofii we Lwowie próby z surowicą przeciwbłoniczą Mosera. (W przyszłych sprawozdaniach spodziewać się można obfitszych, a ciekawych wiadomości o leczeniu surowicami, bo oprócz obu wspomnianych podjęto np., o ile nam wiadomo, w r. z. z ramienia Namiestnictwa próby leczenia surowicą przeciwczerwonkową).

Bardzo energicznie zabrały się władze rządowe w r. 1902 do zwalczania endemii kiły w powiatach kosowskim i nadwórniańskim bardzo rozpanoszonej. Ustanowiono tam kosztem rządu osobnych 9 lekarzy, mających leczyć bezpłatnie wszystkich chorych na kiłę, odszukiwać jej przypadki i udzielać ubogim bezpłatnie leków i urządzono szpital dla kiłowych na 20 łóżek (w Żabiu). Sprawozdanie za rok 190¹/₂ opisuje dokładnie sposób całej akcyi, a sprawozdanie za rok 1903 podaje jej wyniki aż do końca czerwca 1904. Przez dwa lata leczono 3,045 osób, wyleczono z nich 2,201 (72·6 prc.). Przy wszelakich nawet zastrzeżeniach, wynik ten leczenia (ambulatoryjnego) jest nadspodziewanie pomyślny. W szpitalu w Żabiu leczono przez 2 lata 506 chorych. Wszystkie urządzenia pozostawiono nadal bez zmiany, bo prof. Łukasiewicz ze Lwowa, zbadawszy w r. 1904 812 osób, uznał z nich jeszcze 340 za potrzebujące leczenia.

Koszta zwalczania chorób nagminnych w Galicyi, ponoszone przez skarb państwa, statecznie wzrastają. Dochodziły one w 3 latach, objętych Sprawozdaniami, kolejno kwot 223,010, 283,037 i 340,111 koron. Widocznie więc rząd centralny coraz bardziej nabiera przekonania, że środków na zwalczanie epidemii w Galicyi dostarcza w interesie całego państwa, bo kraj nasz jest obecnie niewątpliwie przedmurzem sanitarnem od wschodu; opłaca on też bezpieczeństwo państwa drogo ofiarami w ludziach i wytężoną pracą swych lekarzy, z których co roku kilku pada na wyłomie. Rada zdrowia wylicza co roku ofiary zawodu przy zwalczaniu chorób zakaźnych; w trzech latach zmarło przy tem ośmiu lekarzy.......

10. Opieka nad ułomnymi.

Rozdział ten obejmuje statystykę obłąkanych, nieumieszczonych w żadnym zakładzie (w 3 latach kolejno: 2,798, 2,862. 2,915), matołków (4,025, 4,158 4,196), głuchoniemych (10,011, 11,237, 11,249) i ciemnych (4,662, 4,742, 4,735 — więc w roku 1903 tylko o 7 mniej, niż w 1902, a nie 106, jak podaje Sprawozdanie). Obłąkanych w stosunku do ludności jest w Galicyi mało — 39 na 100,000 ludności (w całej Austryi 68), mniej tylko na Bukowinie — 37; ale też zato i w zakładach pomieszczonych jest u nas obłąkanych stosunkowo bardzo jeszcze mało, najwyżej 1,300. Zakłady te są przytem strasznie przepełnione, jak o tem już gdzieindziej pisaliśmy (por. nr. 8 z r. b.). Z matołków, znajdujących się głównie w dwóch grupach powiatów podgórskich, (czem przed laty wspólnie z kol. Urbanikiem zajmowałem się w zestawieniu p. t. »Przyczynek do geografii wola i matołectwo w Galicyi«) mniej licznych wprawdzie, niż średnio w Austryi (67 na 100,000 ludności, gdy u nas 57), był w r. 1903 umieszczony tylko jeden w zakładzie zaopatrzenia, reszta na łasce rodziny lub gminy, t. j. prawie niczyjej, choć 1,560 czyli 38 prc. matołków nie było zdolnych do pracy. Smutną bardzo kartą jest zarówno liczba głuchoniemych i ciemnych, jak i opieka nad nimi u nas. Co do ilości głuchoniemych zajmujemy wśród krajów austryackich już trzecie z rzędu miejsce (153 na 100,000 ludności), wyższe od średniego stosunku w całem państwie (106); co do ciemnych nawet drugie (65 na 100,000, więcej ma tylko Karyntya). Dla kształcenia głuchoniemych mamy tylko jeden mały zakład we Lwowie, toż samo dla ciemnych. Z ciemnych tylko około 2 prc. (2·04 prc., a w roku 1903 już tylko 1·93 prc.) było umieszczonych w zakładach zaopatrzenia; reszta albo przy rodzinie, albo bez żadnego zaopatrzenia. Stosunki te nietylko się nie poprawiają, ale nawet raczej pogarszają się.

11. Oględziny zwłok. Cmentarze. Trupiarnie. Obdukcye i przewóz zwłok.

Ciągle jeszcze zaledwo czwartą część oględzin zmarłych wykonują lekarze, resztę osoby »zaledwo czytać i pisać umiejące«. Jaka stąd wynika szkoda dla statystyki przyczyn śmierci, a nieraz też pod względem sanitarnym i sądowym, wspomniano wyżej i ocenić nie trudno. Poprawa idzie niezmiernie powoli i trudno też jej rychło oczekiwać, jeżeli organizacya okręgowej służby zdrowia będzie i nadal przez Wydział krajowy prowadzoną w tak żółwiem tempie, jak dotąd.

Pomimo znacznych trudności zdołano w r. 1901 rozszerzyć lub założyć nowych cmentarzy 44, w r. 1902—52, w r. 1903—64; sporo cmentarzy też uporządkowano i pobudowano trupiarni (w samym r. 1903—106 trupiarni). Sprawozdanie za rok 190¹/₂ wytyka brak gminnego domu przedpogrzebowego we Lwowie (!); w r. 1903 nie podano jednak, czy brak ten usunięto. Na tem polu niejedno jeszcze pozostaje do życzenia. Jaskrawy przykład z r. 1903: na cmentarzu izraelickim w Pomorzanach grzebano zwłoki tak płytko, że kura odgrzebała zwłoki dziecka!

Dane o wykonanych sekcyach policyjno-sanitarnych i sądowych, oraz o ekshumacyach oznacza sama Rada zdrowia, jako niedokładne.

12. Służba zdrowia.

Sprawozdanie za r. 190¹/₂ podaje zajmującą tabelkę przyrostu liczby lekarzy od r. 1893 (751) do 1902 (1389). W r. 1903 przybyło jeszcze 39 i liczba lekarzy i chirurgów doszła 1427. Przyrost lekarzy w kraju był największy w ostatniem dziesięcioleciu XIX. wieku; potem dość nagle spada (to zmniejszenie się przyrostu trwa jeszcze do dzisiaj). Wśród lekarzy galicyjskich znaleźli się w r. 1900 po raz pierwszy wychowańcy lwowskiego Wydziału lek., utworzonego w r. 1895. Od r. 1900 do 1902 wydał on 74 dyplomy.

Stopniowo zmniejsza się w kraju liczba lekarzy wolnopraktykujących, a wzrasta liczba posad stałych, choć wiele z nich przynosi lekarzom bardzo małe korzyści. W r. 1903 zajmowało posady rządowe 16·8 prc., autonomiczne 32 prc., prywatne 12·1 prc., nie miało żadnej posady 39·4 prc. Liczba magistrów i patronów chirurgii zmniejszyła się z 123 w r. 1900 na 103 w r.

1903 (z nich 34 miało posady). Gremia chirurgiczne zostały też w r. 1901 zniesione, a majątek ich przekazany Izbom lekarskim. Niewielkie to były zresztą sumy, bo np. Izbie wschodnio-galicyjskiej wypłacono wszystkiego 2,500 koron.

Ustępy o czynnościach Izb lekarskich, jako skądinąd powszechnie znanych, pomijam.

Liczba aptek z 272 w r. 1901 wzrosła do 285 w r. 1903. Apteki podlegały ścisłej kontroli rządowej, a wszelkie przekroczenia i nieporządki karano. Sprawozdanie z r. 1901/2 podaje szczegóły o ruchu zawodowym pracowników aptekarskich, który wobec oporu właścicieli doprowadził do wybuchu bezrobocia, zażegnanego po 12 dniach za staraniem krajowego Referenta sanitarnego przez ustępstwa, przyznane pracownikom.

Liczba położnych wzrosła z 1,996 w r. 1900 na 2,241 w r. 1903; liczba posad dla nich również wzrasta, choć dość powoli, bo gdy w r. 1896 było położnych bez posad 75 prc., to w roku 1903—64·2 prc., Niestety, wiele posad jest bardzo licho płatnych. W rozmieszczeniu akuszerek zaznaczał się w r. 1901/2 pomyślny zwrot; zmniejszało się nagromadzenie ich w miastach stołecznych, a zato przybywało położnych na prowincyi. W r. 1903 jednak stosunek znów się pogorszył, przez co warunki pomocy położniczej na prowincyi, bardzo niekorzystne w porównaniu do miast, musiały pozostać bez zmiany na lepsze. Całą tę sprawę roztrząsało w r. b. Towarzystwo lekarskie krakowskie; interesujących się nią czytelników odsyłam do sprawozdania z posiedzenia Towarzystwa (nr. 14 »Przeglądu lek.« z r. b. str. 185) i do referatu dra Piotrowskiego, ogłoszonego w dzisiejszym numerze »Przeglądu«.

W Sprawozdaniu za rok 1903 umieszczono na końcu tego rozdziału wiadomości o partactwie leczniczem, które, o ile ze sprawozdań lekarzy urzędowych wnosićby można, niezbyt często wykonywane bywa w sposób zarobkowy. Niestety nawet znani partacze uchodzili bezkarnie, ponieważ albo nie można im było udowodnić partactwa zarobkowego, albo sądy ich uwalniały. (Obecnie, dzięki niedawno w »Przeglądzie« przytoczonym rozporządzeniom ministeryalnym, nakazującym ścigać partactwo w każdym przypadku i karać je w danym razie administracyjnie, może łatwiejszą i skuteczniejszą być walka z tą plagą ludności, wcale niemałą, jak wynika choćby z danych, zebranych w r. z. przez »Głos lekarzy«). Bardzo rozwinięte jest partactwo położnicze (»babki«), a kary pomagają, jak stwierdza sama Rada zdrowia, (1903), niewiele; przytem sądy są dla »babek« bardzo względne, a w r. 1903, wymienia Rada zdrowia zaledwo kilka przypadków sądowego ukarania babek. (C. d. n.)

W sprawie położnych w Galicyi.

Projekt poprawy stosunków.

Podał

dr Piotrowski.

(Według odczytu w Tow. lekarskiem krakowskiem dnia 13 lutego 1907).

Sprawa położnych w naszym kraju łączy się ściśle ze zdrowotnością rodzących i niemowląt. Wszędzie istnieją i powstają Towarzystwa higieniczne, zajmujące się zwalczaniem gruźlicy, ochroną przed chorobami zakaźnemi, ochroną wieku niemowlęcego, higieną szkolną i t. p.; ochroną jednak kobiet rodzących lekarze, ani Towarzystwa lekarskie prawie wcale się nie zajmują, a u nas nie więcej, niż gdzieindziej. Zdawałoby się, że stosunki panują tu idealne; że tak niestety nie jest, dowiodę liczbami. Według danych, zebranych przez lekarzy powiatowych, w 30 powiatach zachodniej Galicyi umiera rocznie na zakażenie połogowe 950 kobiet, dzieci przy porodzie 2800 (są to średnie cyfry z lat 3). Stanowiłoby to 1 prc. śmiertelności kobiet, a 2½ prc. śmiertelności dzieci. Liczby te są jednak zupełnie mylne dlatego, że oglądaczami zwłok są przeważnie ludzie niewykształceni, którzy nie uznają istnienia zakażenia połogowego. Tylko w miastach, gdzie oglądaczem zwłok jest lekarz, podawane bywa w wykazach jako przyczyna śmierci zakażenie połogowe; oglądacz zwłok na wsi, wszystko inne poda za przyczynę śmierci, tylko nie gorączkę połogową. Jako przykład przytoczę pewne miasteczko, w którem według relacyi takiego oglądacza w jednym miesiącu zmarło 6 położnic na »pryszcz śmiertelny«. To też śmiało przyjąć możemy śmiertelność matek na 10 prc., a dzieci na 15 prc.

Złośliwie może nieco powiada Herff, że »gdyby w roku tylu mężczyzn umierało na ospę, lub cholerę, ile ginie kobiet na zakażenie połogowe, toby powstał taki krzyk, że musiałyby się znaleźć pieniądze na zwalczanie zarazy, gdy jednak chodzi tylko o matki, mężczyźni obawiają się na to poświęcić choćby najmniejszą sumę. — W istocie chodzi tu o sumy śmiesznie małe wobec strat, jakie ponosi rodzina, gmina i państwo, jeżeli najważniejszy członek rodziny zginie, albo utraci zdolność do pracy. Któryż z lekarzy nie zna wiecznie chorych kobiet, będących ciężarem dla siebie i otoczenia w następstwie przebytego zakażenia połogowego. — A jednak przeciw zakażeniu połogowemu ani państwo, ani gminy nic nie robią z tego, coby mogły zrobić«. — Tym słowom Herffa niepodobna odmówić słuszności.

Sprawą położnych w naszym kraju prawie zupełnie lekarze się nie zajmowali, bo prócz pracy prof. Rosnera, omawiającej stosunki akuszerek do ludu, ich wady i korzyści, jakie społeczeństwo odnosi, mamy jeszcze tylko prace prof. Marsa z roku 1897 z powodu nowej ustawy i prace Sołowija i Bylickiego, omawiające zmianę przepisów służbowych.

Chcąc wyświetlić należycie sprawę położnych w naszym kraju, krakowska szkoła z inicyatywy prof. Rosnera rozesłała okólnik do wszystkich położnych w zachodniej Galicyi, do księży i konsystorzy biskupich, starostw i lekarzy. Położne odpowiedziały prawie wszystkie, z księży niewielka tylko część, odpowiedzi te jednak były bardzo cenne, bo dowodziły, że jedni z księży uznają potrzebę położnych po wsiach i biorą je w opiekę, inni są wobec położnych wrogo usposobieni i wprowadzaniu ich na wsie przeciwni. — Opracowawszy zebrany materyał, przedstawiam go w tej nadziei, że Towarzystwo lekarskie krak., uznając naglącą potrzebę podniesienia zdrowotności kobiet wiejskich i dzieci, wniesie do Sejmu petycyę, zmierzającą do uregulowania sprawy położnych.

Przedewszystkiem należy odpowiedzieć na pytanie, czy położnych jest w kraju odpowiednia liczba, jakie jest ich położenie materyalne, i dlaczego często po wsiach nie mogą się utrzymać.

Położnych w zachodniej Galicyi mamy prócz Krakowa 658 na 2,646.589 mieszkańców. Odtrącając z ogólnej liczby mieszkańców 100.000 na Kraków, to jedna położna przypada na 4022 mieszkańców. Wszystkich położnych praktykujących w całej Galicyi jest 1993 wraz z miastami dużemi; jedna wypada na 3608 mieszkańców. Porównując stosunki nasze z innymi krajami Austryi przekonujemy się, że Galicya zajmuje miejsce przedostatnie, a tylko w jednej Styryi są stosunki jeszcze gorsze.

Jeżeli teraz rozpatrzymy obsługę położnych przy porodach, to przekonamy się, że sprawa przedstawia się jeszcze gorzej. Ze 115.000 porodów w zachodniej Galicyi prócz Krakowa powinno przypadać na jedną położną średnio rocznie 190 porodów, nie wliczając poronień, a więc liczba, jakiej żadna położna w żaden sposób obsłużyć nie może. To dowód, że liczba położnych jest u nas jeszcze bardzo mała, i jeżeli się uwzględni przestrzenie, na jakich mają praktykować, znaczną nieraz odległość wsi jednej od drugiej, domu od domu, zwłaszcza w okolicach górzystych, to musimy przyjąć, że ilość położnych powinna być u nas co najmniej 10 razy większa.

Część położnych w Galicyi zachodniej zajmuje płatne posady, reszta czerpie dochody tylko z wolnej praktyki.

Do posad płatnych należą posady akuszerek okręgowych, których jest 350 z płacą 120—200 koron rocznie, akuszerek miejskich 58 z płacą od 200—500 koron rocznie i 10—12 posad akuszerek szpitalnych z płacą niestałą. Do tego należy doliczyć jeszcze kilka posad akuszerek fabrycznych i kopalnianych; liczba ich nie dochodzi dziesięciu. Razem posad stałych jest niby 420 do do 430, w praktyce przedstawia się jednak rzecz ta gorzej, bo z liczby 350 okręgów akuszeryjnych 48 jest po małych miasteczkach, dlatego właściwych akuszerek okręgowych liczyć należy tylko 310. Te 48 położnych po miasteczkach wlicza się bowiem do akuszerek miejskich; mniejsze miasteczka, obowiązane ustawą do utrzymywania położnej, dopłacają zwykle akuszerce okręgowej rocznie około 80 koron i mają za tanie pieniądze niby własną akuszerkę. — Na posadach płatnych jest więc w rzeczywistości położnych około 380, a nie 420.

Tak więc zaledwie połowa położnych w zachodniej Galicyi ma marną płacę miesięczną, reszta skazana jest na własną praktykę. Ale i ta marna płaca miesięczna byłaby prawdziwem dobrodziejstwem, gdyby była w istocie pewną i stale położną dochodziła. Tak niestety nie jest. Tam, gdzie jest blizko do mia-

sta powiatowego i położna sama płacę odebrać może, tam traci ona tylko czas, pieniądze jednak otrzymuje. Gorzej jednak jest tam, gdzie pensye wypłaca urząd gminny; tam miesiącami nieraz położne płacy nie dostają, a jeżeli dostają, to obciętą, gdyż są nawet takie miejscowości, gdzie wójt samowolnie dzieli płacę, przyznaną położnej, między położną i babki. Za tę nędzną płacę obowiązana jest położna udzielać pomocy osobom biednym; jednakże uznanie urzędowe kogoś za biednego zależy od wójta, stąd obszerne bardzo pole do nadużyć i wyzysku. Lud wiejski wiedząc, iż płaci na położną, wprost nie chce jej osobno płacić za posługi, uważając, że za pobieraną pensyę obowiązkiem jej jest pomagać przy wszelkich porodach bezpłatnie. Jeżeli zaś nawet położna otrzyma coś za poród, to wynagrodzenie liczy się wprost na grosze, a nigdy nie przechodzi wysokości dwóch koron. — Mógłby ktoś zarzucić, że babki także nie robią za darmo, że im lud płaci, więc to samo zapłaci położnej. Prawda; lud babkom płaci, i to dobrze płaci, położnej jednak płacić nie chce, gdyż uważa ją za narzuconą, a nadto dlatego, że »skoro pobiera pensyę, powinna robić za darmo«; wreszcie forma zapłaty babek jest inna. Babka z chwilą przyjścia do porodu dostaje pieniądze na wódkę, pozostałej reszty nigdy nie oddaje, »boby dziecko, które przyjdzie na świat, było skąpe i przez ludzi nie lubiane«. Za poród babka zapłaty w pieniędzach nie bierze, ale tytułem wynagrodzenia za posługę bierze coś z produktów spożywczych, kilka garncy grochu, pszenicy, kawał słoniny, kurę, gęś i t. p., po pierwszej kąpieli fartuszek lub chustkę, w którą było dziecko zawinięte. Prawdziwem jednak żniwem są dla babki dopiero chrzciny. Po powrocie z kościoła, kiedy się pije zdrowie nowego potomka, zbiera babka od gości datki na talerzyk, przykryty pieluszką. Ponieważ każdy z gości stara się okazać hojniejszym od drugiego, bo wie, że nazajutrz będzie wiedzieć cała wieś, ile kto dał przy chrzcinach, dlatego datki płyną obficie, i nieraz przynoszą babce po kilkanaście guldenów. Natomiast położna, jako już za poród zaplacona, nie może zbierać datków przy chrzcie, nie umie się też odpowiednio o nie przymówić, chyba że położną jest kobieta wiejska, praktykująca we własnej gminie.

Jednakże i skromne wynagrodzenie za każdy poród mogłyby wystarczyć położnej na utrzymanie, gdyby odbierała znaczną ilość porodów. Tak jednak nie jest. Średnio odbierają położne po 30 porodów rocznie, co uczynić może najwyżej 100 koron dochodu. Jeżeli położna pobiera przytem pensyi 120 koron, a posiada jakieś gospodarstwo w swoim okręgu, to suma 200 przeszło koron może jako zarobek uboczny stanowić dochód wystarczający. Jeżeli jednak położna musi wyżyć tylko z samej praktyki, to dochód ten wprost nie wystarcza na życie, i dlatego położne, nie mające własnego gruntu, posady po kilku miesiącach porzucają. Że średniej liczby porodów, przypadających jednej położnej, 30, nie podaję mylnie, dowodem zestawienia porodów, odbieranych przez położne; na 115.000 porodów rocznie w zachodniej Galicyi odbierają akuszerki tylko 15.300, okrągło 20.000; resztę, to jest 95.000, odbierają babki.

Obok braku należytych dochodów, drugim czynnikiem, jeszcze ważniejszym, sprawiającym, że położne opuszczają posady i nie chcą po wsiach praktykować, są babki. Dochody położnych mogłyby się powoli zwiększyć, gdyby nie było babek: te we własnym interesie starają się położną jak najprędzej z danej okolicy usunąć. Babek jest w okręgach akuszeryjnych, a więc tam, gdzie są położne, 1869, zatem przeszło 3 razy więcej, niż położnych. Nie podaję liczby wszystkich babek w zachodniej Galicyi, bo liczby ich poza obrębem okręgów akuszeryjnych wprost dowiedzieć się nie można. Zresztą w tych okolicach, gdzie położnych niema, istnienie babek jest usprawiedliwione, a nawet po części korzystne; tam ich zwalczać na razie nie potrzeba, tylko tam, gdzie już są położne.

Babka, czując się zagrożoną w swym bycie przez położną, stara się ją wszelkimi sposobami z danej miejscowości usunąć: Straszy więc lud tem, czego położna używa przy porodzie, a więc fartuchem, torbą, karbolem, mówiąc, że »w torbach mają noże do krajania rodzącej«, że karbolem »wypalają im dziury« i t. p. Aby to przełamać, polecili niektórzy lekarze powiatowi położnym nie używać tych przedmiotów przy porodach. Aby zmniejszyć zaufanie do położnych, głoszą babki, że szkoła położnych (krakowska) jest dla »pań«, a nie dla kobiet wiejskich, że obsługi kobiet wiejskich należy się uczyć od starej babki wiejskiej; jako dowód podają to, że położne »dlatego tak często się myją, bo się brzydzą kobiet wiejskich, a one (babki) swoich się nie brzydzą i dlatego całkiem się nie myją«. Dalej opowiadają babki, że położne na to są przysłane na wsie, aby miał kto wzywać doktorów, bo babki lekarzy nigdy nie wzywają. Jeżeli w istocie zajdzie taki przypadek, że lekarz został do porodu wezwany i dziecko i matka mają się dobrze, to babki tłomaczą chłopu, że nietrzeba było lekarza wzywać, że i tak byłoby się wszystko dobrze ukończyło, że szkoda wydanych pieniędzy, — tłomaczenie, bardzo do przekonania chłopa przemawiające. Jeżeli zaś chłop, usłuchawszy babki, lekarza pomimo jakichś powikłań nie wezwał, to gdy rodzącej zagrażać zaczyna widoczne niebezpieczeństwo, odstępuje ją babka n. p. pod pozorem, że niedość dokładnie wykonano któreś z licznych zaleconych przez babkę guseł. Chłop wzywa wtedy czasem położną, a ta lekarza, zazwyczaj już zapóźno; jeżeli nastąpi śmierć dziecka lub matki, lub dłuższa choroba, to babki znowu z tego korzystają, aby osłabić zaufanie do położnych, mówiąc: »Była akuszerka, wezwała doktora, i cóż pomógł? Kobieta umarła, taki był dopust Boży; nietrza się woli boskiej sprzeciwiać. Szkoda pieniędzy na doktora«. Tłómaczenie znowu do przekonania ludu bardzo przemawiające.

Położnej, osiadającej na wsi, nikt nie wynajmie mieszkania z obawy uroków, jakie mogłaby rzucić babka; często nie chcą wynająć mieszkania wprost z polecenia wójta, którego żona lub jakaś krewna jest babką. Są takie miejscowości, gdzie wójt dzieli pensyę, przyznaną położnej, między nią i babki, w innych miejscowościach zdarzało się, że wójt zabraniał poprostu wzywać położną, grożąc, że cały dodatek budżetowy nałoży na tę rodzinę, która pierwsza wezwie położną. Nie lepiej postępują i niektórzy księża, występując przeciw położnym, a popierając babki. Najczęściej czynią to wskutek błędnego zapatrywania się na zdrowie kobiet wiejskich, z nieświadomości dróg zakażenia, przekonani, że każda kobieta wiejska jest tak zdrowa i silna, że jej nic zaszkodzić nie może; dbając tylko o to, aby dziecko przyniesiono do chrztu, nie troszczą się zupełnie o to, kto był przy porodzie. Większość jednak księży rozumie, jakie lud odnosi korzyści przez wprowadzenie położnych, i popiera je wcale energicznie. Brak utrzymania, wrogie wprost usposobienie ludu, brak poparcia ze strony władz gminnych, a gdzieniegdzie nawet i księży, to są główne przyczyny, dlaczego tak mała nawet liczba akuszerek nie może się utrzymać po wsiach. (Dok. nast.)

Kronika historyczna na lipiec.

Zestawił

Dr Adam Langie.

3. lipca 1899 r. zmarł Józef Majer. Ur. 12. marca 1808 r. w Krakowie, wstąpił po ukończeniu nauk jako lekarz do wojska, następnie odbył dłuższą podróż naukową po Europie. W 1849 r. mianowany w Uniwersytecie Jagiellońskim pierwszym profesorem fizyologii, której katedrę oddzielono właśnie od katedry anatomii. Na tem stanowisku zabrał się skrzętnie do pracy naukowej i do gromadzenia przyrządów, umożliwiających wykonywanie doświadczeń, kładąc w ten sposób podwaliny dla przyszłego zakładu fizyologicznego. Gdy w r. 1854 wprowadzono język wykładowy niemiecki, a Majer zarządzenia tego nie posłuchał, usunięto go z katedry, oddając ją 1856 r. Janowi Czermakowi, potem Józefowi Albiniemu, wreszcie 1860 roku Gustawowi Piotrowskiemu. W r. 1861 przywrócono język polski, lecz Majer nie starał się już o odzyskanie właściwej katedry i zadowolnił się stanowiskiem drugiego profesora fizyologii, na którem pozostał aż do przejścia na emeryturę w r. 1877. Wybrany pierwszym prezesem młodej Akademii Umiejętności w Krakowie (1875 r.) poświęcił się głównie tej instytucyi, biorąc równocześnie udział w sprawach społeczno-obywatelskich. Pisał wiele z zakresu fizyologii nerwów, zmysłów, krwi i in.; dzieła swe wydawał w Krakowie, mniejsze prace ogłaszał w »Przeglądzie lekarskim«, którego był jednym z założycieli. Powszechna cześć i szacunek otaczały aż do ostatnich chwil zgrzybiałej starości tę typową postać dobrze zasłużonego syna Krakowa.

5. lipca 1838 r. umiera w Paryżu Jan Gaspard Itard ur. 1775 r., który jako znakomity otyatra przyczynił się do rozwoju tej nauki w osobną specyalność przez pierwsze systematyczne zestawienie i naukowe opracowanie chorób usznych w dwutomowem dziele »Traité des maladies de l'oreille« (1821 r.), oraz przez wydoskonalenie cewnikowania trąbki Eustachego.

8. lipca 1880 r. umiera Paweł Broca. Ur. 1824 r. w St.-Foy la Grande, profesor patologii chirurgicznej paryskiego Wy-

działu lekarskiego, słynny antropolog i chirurg, wzbogacił pracami swemi o zakrętach mózgowych także fizyologię, a nieśmiertelnem uczynił nazwisko swe przez odkrycie ośrodka mowy. W r. 1859 założył paryskie Towarzystwo antropologiczne, którego był sekretarzem aż do śmierci, a w 1867 r. pierwszą w Paryżu pracownię antropologiczną, przy której 1876 r. powstała osobna szkoła. On wreszcie jest twórcą założonego 1872 r. towarzystwa »Association française pour l'avancement des sciences«. Zasługi jego oceniła Francya: na kilka miesięcy przed śmiercią został członkiem senatu, a wspaniały posąg bronzowy dłuta Choppina wznosi się ku wiecznej pamięci uczonego na bulwarze przed gmachem szkoły lekarskiej w Paryżu.

15. lipca 1888 r. umiera Salvator Tomasi (ur. 1813 r.) profesor w Pawii, od r. 1865 w Neapolu, słynny klinicysta; przyczynił się głównie do zreformowania w duchu nowoczesnym nauk lekarskich we Włoszech i ugruntowania tam nowszych zasad fizyologii i patologii.

22. lipca 1801 r. umiera Franciszek Ksawery Bichat. Ur. 1771 r. w Thoirette, studyuje medycynę w Montpellier, Lyonie i Paryżu. W r. 1800 zostaje lekarzem paryskiego szpitala Hôtel-Dieu, gdzie umiera zbyt młodo, nie wiadomo na suchoty, czy też na dur. Z licznych dzieł jego najważniejsze są: Anatomia w zastosowaniu do fizyologii i medycyny (1801), Wykład o tkankach (1800) i Badania fizyologiczne nad życiem i śmiercią (1800). Opierając się na dokładnej znajomości różnych gałęzi medycyny, na wynikach licznych bardzo przez siebie wykonanych sekcyi, wskazuje gdzie szukać podstawy chorób, kładąc podwaliny dzisiejszej histologii patologicznej. Wygłasza on zasadę: ta sama tkanka, wchodząca w skład jakiegokolwiek narządu, ma te same własności i tym samym ulega zmianom anatomicznym w razie choroby. Jakkolwiek nie zdołał się jeszcze całkowicie otrząść z doktryny »witalistów« (przyjmujących w ustroju istnienie właściwej *vis vitalis*, wywołującej wszelkie objawy życiowe), wszechwładnej w medycynie XVIII. wieku, to niezaprzeczoną zasługą Bichata pozostanie wyraźne wskazanie na związek objawów chorobowych ze zmianami anatomicznemi, a tem samem odsłonięcie nowych widnokręgów i pobudzenie do dalszych badań w tym kierunku, z czego wyrósł właśnie wspaniały gmach dzisiejszej anatomii patologicznej i patologii ogólnej.

30. lipca 1544 r. książe pruski Albrecht I zakłada w Królewcu uniwersytet: »Collegium Albertinum«, pierwotnie o charakterze wyłącznie protestanckim. W najnowszych czasach Wydział lekarski tego uniwersytetu, rozporządzający znakomicie urządzonemi klinikami, zyskał sobie szeroki rozgłos. Tutaj to przez 5 lat od r. 1885 do 1890 prowadził klinikę chirurgiczną Mikulicz po ustąpieniu z Krakowa, zanim przeniósł się do Wrocławia.

Haffkine i dżuma w Indyach*).

Niedawno ogłosił »Times« londyński artykuł prof. Ronalda Rossa z Liwerpolu o krzywdzie, jaką wyrządzono Haffkinowi z okazyi nieszczęśliwego wypadku, wśród szczepień przeciwdżumowych w Indyi. Całą tę sprawę dokładnie opisały pisma naukowe, jak »British Medical Journal«, »Lancet« i »Journal of Tropical Medicine«. Zapewne i polskiego czytelnika zajmą szczegóły walki, prowadzonej przez jednego człowieka przez całych lat cztery przeciw władzom administracyjnym, przez człowieka, który jest jednym z najgodniejszych uczniów Pasteura.

Kiedy po krótkiej przerwie zjawiła się znowu w Indyach w roku 1896 dżuma, srożyła się przez 6 miesięcy, lekceważona przez władze miejscowe, aż ją rozpoznali Surveyor i Haffkine, który zajmował się od 3 lat szczepieniami przeciwcholerycznemi. Kiedy zarazę rozpoznano, powstała panika, wśród której jedynie Haffkine nie stracił głowy i stanął do walki z niebezpieczeństwem. Odkrył szczepionkę przeciwdżumową, uzyskał u władzy potrzebne środki do jej wytwarzania, założył odpowiednie pracownie, zorganizował sanitarne wyprawy w celu dokonywania szczepień, sam je często prowadził, jednem słowem spełnił czyn olbrzymi. Liczba pojedynczych dawek szczepionki, wysłanych z pracowni Haffkinea dla samych Indyi, przenosi 6 milionów. Śmiertelność w okolicach, gdzie dokonano szczepień wśród epidemii, zmniejszyła się o 85%. »Nikt od czasów Jennera nie uratował tylu ludziom życia«. Tak się rzecz miała aż do października r. 1902, kiedy zdarzył się nieszczęśliwy wypadek, i wtedy o tem wszystkiem zapomniano. Jeden lekarz wraz z asystentem dokonywał szczepień w miasteczku Mulkowal i 19 osób szczepionych z pierwszego flakonu zapadło na tężec i zmarło; z osób jednak, szczepionych z następnych flakonów, nikt nie zapadł na zdrowiu. Stugębna fama rozniosła nowinę o »nieszczęściu po całych Indyach, szczepienie popadło w niełaskę i naturalnie kilka tysięcy zejść śmiertelnych późniejszych należy przypisać zaniechaniu dalszego szczepienia. Władze wyznaczyły komisyę dla zbadania sprawy, a ta orzekła, że flakon był zanieczyszczony i to uległ zanieczyszczeniu w samej pracowni, skąd wyszedł, dalej orzekła, że wypadek nieszczęśliwy mógł się wydarzyć tylko dlatego, że Haffkine w r. 1902 wobec gwałtownego zapotrzebowania szczepionki porzucił klasyczny sposób jej wytwarzania, a wytwarzał szczepionkę sposobem prędszym: hodował mianowicie prątki moru na agarze wodnym i nie dodawał, jak dawniej, do szczepionki kwasu karbolowego $^1/_2$%. Władza ogłosiła wyniki dochodzeń i dla uspokojenia ludności donosiła, że odtąd wytwarzaną będzie szczepionka tylko w sposób klasyczny z dodatkiem karbolu.

Haffkine założył wtedy protest przeciw temu orzeczeniu, a władza odwołała się do Instytutu Listera, który orzeczenie komisyi uznał za słuszne, jednak dodał, że niepodobna twierdzić, iż zakażenie flakonu nastąpiło w pracowni; mogło ono bowiem nastąpić na miejscu, gdzie dokonywano szczepienia. I to jest punkt najbardziej ciekawy pod względem naukowym w całej tej sprawie, gdyż oba te przypuszczenia nie są równocześnie dopuszczalne i w ostatnich latach dowiódł tego Haffkine zapomocą licznych doświadczeń.

Zatkany flakon, pełen szczepionki przeciwdżumowej, do której wysiano tężca, a w szczególności szczep, znaleziony w Mulkowal, daje hodowlę tężcową bezpowietrzną nadzwyczajnie obfitą tak, że otwarty flakon przed trzema dniami już uderza przykrym przenikliwym zapachem, flakon zaś szczepionki, który użyto w Mulkowal, opuścił pracownię przed tygodniami, a lekarz, który go otwierał, sam go dokładnie zbadał, bo zamierzał siebie przedewszystkiem zaszczepić i nie stwierdził żadnego zapachu, jak to bywa zawsze z hodowlą dżumową na agarze wodnym. Gdyby flakon uległ zanieczyszczeniu w pracowni, to po tygodniach byłaby się rozwinęła tak obfita hodowla tężca, że dawka $^1/_2$ ctm. na osobę byłaby wywołała tężec z przebiegiem wprost piorunującym. Tymczasem we wszystkich owych 19 przypadkach przebieg tężca był zwykły, powolny, taki, jaki się zwykle spotyka wśród zakażeń przypadkowych minimalnymi dawkami niehodowanego zarazka. Hodowla, którą znaleziono na dnie zakażonego flakonu, była słabą, taką, jaka się zwykle skąpo rozwija przy dostępie powietrza. Strzykawkę, którą wstrzyknięto owym 19 osobom szczepionkę z pierwszego flakonu, wymyto potem w zwykły sposób wodą karbolową, zanim nabrano szczepionki z następnego flakonu: ten zabieg już ją wyjałowił. Otóż liczne próby dowiodły, że gdyby istotnie w pierwszym flakonie była hodowla tężcowa, któraby powstała w warunkach takich, jak to przypuszcza komisya, toby żadną miarą niemożna wyjałowić strzykawki zwykłem przepłukaniem, bo po przepłukaniu strzykawka taka zachowuje jeszcze tyle jadu tężcowego, że na 19 zwierząt zabija 17. Ten fakt zatem, że przepłukanie strzykawki zatrzymało dalsze zakażenie, dowodzi, że płyn wstrzyknięty i strzykawka zawierały tylko niewiele drobnoustrojów, że to nie była hodowla. Dodatek kw. karbolowego ($^1/_2$%) nie jest konieczny dla szczepionki, wytworzonej na agarze wodnym, który się wyjaławia innymi zabiegami. W zakładzie Pasteura nie dodają karbolu do żadnej surowicy, a po wstrzykiwaniach nie zdarzył się tam nigdy tężec; natomiast surowica przeciwbłonicza z Medyolanu, chociaż zawiera $^1/_2$% karbolu, często już nawet śmiertelny tężec wywoływała.

Cała ta sprawa była przedmiotem bardzo licznych doświadczeń, ponawianych w przeróżnych odmianach i w najrozmaitszych warunkach. Dowodzą one, że flakon pełen szczepionki nie zawierał tężca, że tężec mógł się do szczepionki dostać wyłącznie w Mulkowal przy otwarciu flakonu, co w czasie szczepienia łatwo mogło się wydarzyć. Faktem jest stwierdzonym, że szczepienia odbywały się w Mulkowal po za miasteczkiem wśród tłumów zgromadzonej gawiedzi. Przy otwieraniu flakonu wypadły preparatorowi szczypczyki z ręki na ziemię. Preparator zamiast podniesione szczypczyki wyżarzyć w płomieniu, jak każą przepisy, wymył je w wodzie karbolowej i dalej flakon odkorkowywał. To zdaje się było powodem nieszczęścia, bo należy pamiętać, że ziemia podzwrotnikowa, a w szczególności w Indyach, jest znacznie bogatsza w zarazek tężcowy, niż w krajach umiarkowanych.

*) Wedle artykułu w „Presse médicale" Nr 43, 1907.

Haffkine nie zasłużył i nie może zgodzić się na naganę, którą dostał od komisyi, ani na wątpliwej wartości zadośćuczynienie, które mu przyznał Instytut Listera i należy tylko podziwiać wraz z profesorami Simpsonem i Ronaldem Rossem zapał, z jakim walczy Haffkine o uznanie naukowo stwierdzonej prawdy.

E. S.

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 12. czerwca 1907.

Przewodniczy prof. Ciechanowski. Obecnych członków 31.

1) Protokół po odczytaniu przyjęto.

2) Przewodniczący odczytuje pismo komitetu wiecu lekarskiego, podpisane przez dra Damskiego, w którem komitet ten przedkłada Zarządowi Towarzystwa lek. rezolucye, zapadłe na tymże wiecu.

3) Na wniesioną na jednem z poprzednich posiedzeń interpelacyę kol. prym. Bogdanika odpowiada w imieniu komisyi redakcyjnej kol. prof. Browicz, iż komisya solidaryzuje się z treścią artykułu p. t. »O szpitalnictwie« i bierze na siebie całą odpowiedzialność. — Kol. Bogdanik oświadcza, iż odpowiedzią komisyi redakcyjnej się nie zadawalnia.

4) Kol. prof. Kader przedstawia *a*) dziewczynkę, dotkniętą **gruźlicą kręgów piersiowych** (2—3—4), **leczoną zapomocą gorsetu**, opierającego się na kościach miednicy, swego pomysłu; *b*) przypadek **stopy końskoszpotawej:** plastyka ścięgna Achillesa, ustawienie stopy w hyperkorekcyi przez danie podeszwy i umocowanie plastrami, ażeby ustalić kończynę, zgiętą w stawie kolanowym. — W dyskusyi zabierał głos dr Zoll i prelegent.

5) Po objęciu przewodnictwa przez dra Borzęckiego przedstawia prof. Ciechanowski wnioski komisyi dla spraw szpitalnictwa, a mianowicie:

a) Towarzystwo lek. krak. wniesie z początkiem tegorocznej sesyi jesiennej Sejmu następujący memoryał na ręce posłów: prof. dra Marsa, wiceprezesa komisyi sanitarnej i A. Gołuchowskiego, prezesa tejże komisyi, prosząc posłów krakowskich o poparcie sprawy:

Zarówno z przedkładanych Wysokiemu Sejmowi corocznie sprawozdań Departamentu V. Wysokiego Wydziału krajowego, w szczególności ze sprawozdań Inspektora szpitali krajowych, jak i z obrad ankiety, zwołanej w r. 1902 wskutek uchwalonego przez Wysoki Sejm wniosku posła prof. Marsa, wynika, że oprócz powszechnie znanych i uznanych braków przedstawia szpitalnictwo krajowe cały szereg niedostatków, mniej głośnych, ale niemniej pilno wymagających usunięcia lub poprawy.

Towarzystwo lekarskie krakowskie w poczuciu swych obowiązków społecznych zwróciło na tę stronę sprawy baczniejszą uwagę i na zasadzie referatu prof. Ciechanowskiego, ogłoszonego drukiem w »Przeglądzie lekarskim« w r. 1907 i w osobnej odbitce przedłożonego wszystkim Członkom Wysokiego Sejmu z początkiem tegorocznej sesyi wiosennej, rozpatrywało rzecz ze stanowiska lekarskiego i społeczno-lekarskiego na kilku posiedzeniach, mianowicie w dniach 27 lutego, 6 marca, 20 marca i 12 czerwca 1907.

Na podstawie tych obrad doszło Towarzystwo lekarskie krakowskie do przekonania, że część przynajmniej pewnych niedostatków w urządzeniu, działalności i rozwoju szpitalnictwa naszego dałaby się usunąć bez większych trudności i bez znaczniejszego obciążenia finansów krajowych i że obowiązkiem Towarzystwa jest w interesie rzeczy publicznej przedstawić Wysokiemu Sejmowi prośbę, by na tę stronę sprawy światłą swoją uwagę zwrócić raczył.

Rażącemu niedostatkowi łóżek szpitalnych w Galicyi, większemu, niż w którymkolwiek z krajów austryackich, nie wyjmując Bukowiny i Dalmacyi, zaradzonem będzie dopiero wtedy, gdy stósownie do postulatu c. k. Krajowej Rady zdrowia każdy powiat posiadać będzie przynajmniej jeden większy szpital publiczny, a na każdy tysiąc mieszkańców przypadnie przynajmniej jedno łóżko szpitalne obok dostatecznej liczby miejsc w przytułkach dla nieuleczalnych i rekonwalescentów. Gdy jednak przeszło połowa powiatów nie posiada jeszcze szpitali publicznych, a niezasobna ludność kraju na tworzenie nowych szpitali zwolna tylko się zdobywa, nie można się spodziewać wypełnienia skromnego postulatu Rady zdrowia zbyt rychło i dziesiątki lat jeszcze upłyną, zanim w każdym powiecie będzie szpital o dostatecznej liczbie łóżek. Całe grupy powiatów pozbawione są jeszcze pomocy szpitalnej i niema widoków, by czynniki miejscowe o zaradzeniu temu brakowi pomyślały. Ludność tych części kraju byłaby przeto co do pomocy szpitalnej długo jeszcze w stosunku do reszty kraju pokrzywdzoną, jeżeliby powstawanie nowych szpitali zależeć miało, jak dotąd, tylko od tego, który Wydział powiatowy lub Zarząd miejski przypadkiem fundusze na budowę szpitala już zgromadził i budowę postanowił. Potrzeba szpitala nietylko tam jest najpilniejszą, gdzie daje jej wyraz sama ludność, a raczej światlejszy i zapobiegliwszy Wydział powiatowy i gdzie zamożność powiatu pozwala szybciej zgromadzić potrzebne na szpital fundusze.

Skoro przeto niepodobieństwem jest utworzyć nowe szpitale odrazu we wszystkich powiatach, które ich jeszcze nie posiadają i przez to dostarczyć pomocy szpitalnej równomiernie wszystkim częściom kraju, należałoby zmierzać na razie przynajmniej do tego, aby pomoc szpitalną uzyskały przedewszystkiem te okolice, które najbardziej są jej pozbawione i w tym celu należałoby wywrzeć odpowiedni nacisk na te pozbawione szpitali powiaty, które pomimo dostatecznej zamożności wskutek opieszałości lub ignorancyi swoich Wydziałów o zebranie funduszów na szpital się nie starają, oraz obmyśleć pomoc dla powiatów, potrzebę szpitala już uznających, ale finansowo zbyt słabych, by potrzebę tę zaspokoić mogły.

By taką akcyę, zapewniającą równomierny postęp w całym kraju, skutecznie i naprawdę ekonomicznie przeprowadzić, potrzeba, zdaniem Towarz. lek. krak.,

1) opracować naprzód całkowity, systematyczny plan kolejnego zaopatrywania różnych części kraju w nowe szpitale, dostosowane rozmieszczeniem, liczbą łóżek i t. p. do stosunków terytoryalnych, chorobowości i t. d. różnych części kraju, a potem zakładać je systematycznie w pewnej kolei według stopnia istotnych potrzeb różnych części kraju, a nie według przypadkowego stanu funduszów gminnych lub powiatowych, na szpital przeznaczonych. Inicyatywa do budowy nowych szpitali nie powinnaby być pozostawioną wyłącznie czynnikom miejscowym, lecz tam, gdzie te czynniki nie rozumieją i nie odczuwają potrzeby tej inicyatywy, wziąć ją powinny w ręce naczelne autonomiczne Władze krajowe. Dla zasilenia zaś (np. pożyczkami) słabszych finansowo powiatów i gmin należałoby utworzyć fundusz szpitalny (budowy szpitali) na wzór funduszu melioracyjnego i przemysłowego.

Dla usunięcia balastu, jaki stanowią w szpitalach nieuleczalni i ozdrowieńcy, należałoby w myśl wniosku posła prof. Marsa, uchwalonego przez Wysoki Sejm w r. 1904, zwrócić większą uwagę na sprawę przytułków dla takich osób.

2) Należałoby na gminy i powiaty wywrzeć w kierunku zakładania przytułków dla nieuleczalnych i ozdrowieńców nacisk zarówno przez ogólną ustawę o dobroczynności publicznej, jak i przez środki administracyjne, a także należałoby zbudować kilka takich przytułków krajowych bądź tam, gdzie gmina ponad swój obowiązek przyjmować musi do przytułku osoby, wydalone ze szpitali krajowych (np. we Lwowie), bądź też tam, gdzie mniejsza zasobność gminy nie pozwala jej ponieść w całości tego ciężaru (w niektórych większych miastach prowincyonalnych).

Zupełny brak przytułków położniczych na prowincyi wymaga dla uwolnienia szpitali od balastu położniczego założenia takich przytułków przynajmniej w większych miastach, a rażące niedostatki zakładu położniczego w Krakowie wymagają jak największego przyspieszenia sprawy budowy krajowego Domu porodowego w tem mieście, wlokącej się już od lat kilkunastu.

Komisya sanitarna Wys. Sejmu uznała w r. 1907 z 33 szpitali publicznych tylko 13 za zupełnie odpowiednio pomieszczone, a 9 dalszych, choć pomieszczonych dobrze, za już potrzebujące inwestycyi. Pomieszczenie przeto prawie połowy szpitali publicznych, istniejących już w kraju, wymaga poprawy. Gdy jednak dotychczasowe doświadczenie pouczyło, że ograniczenie się do najkonieczniejszych adaptacyi i dobudów, aczkolwiek na pozór najoszczędniejsze, w rzeczywistości naraża kraj na późniejsze dodatkowe wydatki, znacznie większe od kosztów planowej, odrazu podjętej rekonstrukcyi, przeto potrzeba, zdaniem Tow. lek. krak.,

3) opracować całkowity systematyczny plan inwestycyi, dobudów i adaptacyi w już istniejących szpitalach. Niezależnie zaś od tego potrzeba koniecznie jaknajrychlej przygotować uzupełnienie i modernizacyę szpitala krakowskiego, jak również przyspieszyć budowę, rozszerzenie lub rekonstrukcyę szpitali w Bochni, Jaśle, Podhajcach, Stanisławowie, Wadowicach i Żółkwi.

Postulatem nowożytnej nauki o pielęgnowaniu chorych jest otoczenie ich odpowiednią wygodą. Gdy zaś w naszych szpitalach publicznych, prócz kilku, a nawet w szpitalach stołecznych krajowych dotąd nietylko na wygodę, ale nawet na najkonieczniejsze potrzeby chorych zbyt mało zwracano uwagi, koniecznem jest

4) zaopatrzenie szpitali w odpowiednie urządzenia wewnętrzne, nowożytne najprostsze sprzęty, których znaczna większość szpitali wcale nie posiada, bieliznę, która w mnogich szpitalach jest niedostateczną i t. d.

Wzrastające gwałtownie agendy w sprawach sanitarnych, na które kraj wydaje ósmą część ogółu swych wydatków, wymagają niezbędnie reformy głównego zarządu przez

5) wzmocnienie Departamentu V. Wydziału krajowego już nie jedną pomocniczą siłą lekarską, ale kilkoma, pod kierownictwem dotychczasowego Inspektora szpitali i przez rozłożenie czynności doradczych między zwoływane umyślnie ankiety, a c. k. Krajową Radę zdrowia z rozszerzeniem stosunku do niej poza sprawy obowiązkowo, urzędowo jej przedkładane. Byłoby przytem pożądanem, ażeby za wpływem Wysokiego Sejmu byli do c. k. Krajowej Rady zdrowia powoływani członkowie także z zachodniej części kraju.

Aby działalność szpitali uczynić jaknajskuteczniejszą i przez to z grosza na nie wykładanego osiągnąć jaknajwiększą korzyść, konieczne jest

6) podniesienie poziomu lekarskiego szpitali, popieranie w nich żywego ruchu naukowego, zaopatrzenie w dostatecznie liczny i odpowiednio wynagradzany personal. W tym celu potrzeba dawać szczególne baczenie na jaknajstaranniejszy dobór kierowników szpitali prowincyonalnych i kierowników oddziałów w szpitalach większych, należy pomnożyć liczbę oddziałów i kierowników, zmniejszając równocześnie wielkość poszczególnych oddziałów; dalej potrzeba wydatnie pomnożyć liczbę lekarzy pomocniczych i to nietylko w miastach głównych, ale i na prowincyi. Warunki bytu lekarzy szpitalnych wymagają dalszej wydatnej poprawy. Nad działalnością lekarsko-naukową szpitali należy rozciągnąć troskliwy nadzór i ile możności ją popierać, przedewszystkiem przywracając w tym celu dotacyę na sprawozdania naukowe ze szpitali i zaopatrując szpitale w pracownie naukowe, gdzie ich dotąd niema.

Skuteczna, a więc ekonomiczna działalność szpitali zależy w wysokim stopniu także od sprawności i umiejętności służby wszelkiej kategoryi i zatrudnionych w szpitalach Sióstr zakonnych, stąd też zachodzi

7) potrzeba dalszej poprawy płac i statutu emerytalnego służby, pomieszczenia jej w stosownych mieszkaniach, kształcenia jej zawodowego zapomocą odpowiednich szkół, zarówno w szpitalach głównych, jak prowincyonalnych. Niezbę-

8) dną i pilną potrzebą jest zmiana kontraktu z SS. Miłosierdzia lub zastąpienie ich takiemi Zgromadzeniami zakonnemi, które poddadzą się wymaganiom nowoczesnego szpitalnictwa, a przedewszystkiem zgodzą się na poddanie służby niższej pod nieuszczuploną władzę lekarzy; koniecznie zaś powinna być stworzona szkoła, kształcąca SS. Miłosierdzia i innych Zgromadzeń w całym zakresie ich zawodu w sposób, zgodny z postulatami nauki, którym obecna ich dzia-

9) łalność przeważnie nie odpowiada. Nauka o pielęgnowaniu chorych wymaga nietylko odpowiedniej dla nich wygody, ale także stawia jako konieczny nowoczesny postulat zmniejszenie im ile możności przykrych wrażeń szpitalnych; w tym względzie w kraju naszym wszystko jeszcze leży odłogiem i wszystko jest do zrobienia. Pewne zaś kategorye chorych nie doznają u nas koniecznych, naukowo uzasadnionych względów; w tym kierunku niezbędne jest przedewszystkiem oddzielanie i nowoczesne postępowanie wobec chorych na gruźlicę celem jaknajrychlejszego przywrócenia im jaknajwiększej zdolności do pracy i oszczędzenia przez to krajowi kosztu utrzymania ich i ich rodzin. Zwłaszcza piekącą jest potrzeba leżalni dla tych chorych i odpowiedniej wentylacyi sal szpitalnych, a te stosunkowo niekosztowne ulepszenia opłacą się sowicie, skracając czas leczenia i podnosząc odsetkę trwałej poprawy zdrowia.

Zaspokojenie wszystkich tych potrzeb nie może oczywiście nastąpić odrazu, co odnosi się szczególnie do tej ich części, która wymaga ze strony kraju znaczniejszych inwestycyi. Ale wiele z koniecznych, wymienionych powyżej ulepszeń, da się uzyskać bez żadnego obciążenia budżetu krajowego, jak stworzenie systematycznego planu kolejnego zaopatrywania różnych części kraju w szpitale i systematycznego całkowitego planu przeróbek i rozszerzenia szpitali istniejących, oraz systematyczne planów tych wykonanie; jak wywarcie nacisku na opieszałe powiaty i gminy w sprawie budowy szpitali i przytułków dla nieuleczalnych i ozdrowieńców; jak — w części — reforma głównego zarządu szpitali, wykształcenie zawodowe służby i Sióstr zakonnych, uregulowanie stanowiska tych Sióstr w szpitalach stosownie do wymagań nowoczesnego szpitalnictwa, szczególna piecza o chorych na gruźlicę. Inne środki, zmierzające do ulepszenia szpitalnictwa, nie narażą kraju na wydatki niepowrotne (utworzenie pożyczkowego funduszu na budowę szpitali na wzór funduszu przemysłowego). Jeszcze innych środków dostarczy w znacznej mierze, jak to się dzieje zagranicą, ofiarność publiczna, byle do niej odwołać się umiano. Wreszcie i te nawet środki podniesienia szpitalnictwa, które bez wydatków obejść się nie mogą, — jak rekonstrukcya starych szpitali, zaopatrzenie szpitali w niezbędne sprzęty, pomnożenie liczby sił lekarskich w głównym zarządzie szpitali i w poszczególnych szpitalach, pomnożenie służby, poprawa bytu lekarzy i służby, — wymagać będą kwot stosunkowo bardzo skromnych w porównaniu do korzyści, jakie przyniosą i do oszczędności, jakie uzyskać pozwolą tem rychlej, im rychlej środki te zastosowane zostaną. Wiele z tych wydatków i tak nasuwałoby się w bliskiej już przyszłości, jako nieprzeparta konieczność. W interesie kraju leży unikać w takich sprawach położenia przymusowego, w ogólnym wyniku zawsze na finansach kraju muszącego odbić się mniej korzystnie, niż ze spokojną rozwagą wcześnie i dokładnie obmyślane wydatki, jak tego dowodzi doświadczenie, tylokrotnie zebrane n. p. przy rekonstrukcyach szpitali.

Ze środków, uznanych przez Towarzystwo lekarskie krakowskie za niezbędne, jedynym przeto na pozór, który wymagałby nieprzewidywanych dotąd większych bezzwrotnych nakładów z funduszów krajowych, zdawałaby się budowa kilku przytułków krajowych dla ozdrowieńców i nieuleczalnych i kilku przytułków położniczych. Wszelako i ten wyjątek czasowo tylko obciąży fundusze krajowe, w rzeczywistości zaś znaczne w przyszłości zapewni oszczędności, bo przyszli mieszkańcy tych przytułków dzisiaj zapełniają szpitale, gdzie utrzymywanie ich kosztuje kraj znacznie drożej, niżby kosztowało w przytułkach.

Tak więc Towarzystwo lekarskie krakowskie, rozpatrując mniej głośne niedostatki szpitalnictwa naszego i szukając środków zaradczych, liczyło się poważnie z finansowemi siłami kraju i ze środków tych starało się celem przedłożenia Wysokiemu Sejmowi wybrać ile możności te tylko, które albo budżet krajowy od innych wydatków uwolnią, albo też w bardzo tylko małym stopniu lub wcale go obciążyć nie mogą. To też, dobrze świadome troski, jaką Wysoki Sejm otacza równowagę budżetową, sądzi Towarzystwo lekarskie krakowskie, że przedstawione w niniejszym memoryale środki i sposoby podniesienia szpitalnictwa krajowego tem więcej zasłużą na uwagę Wysokiego Sejmu, im mniej się wiążą z obarczeniem budżetu nowymi, nieprzewidywanymi dotąd wydatkami.

Wobec zaś tego, że poza zakresem spraw szpitalnictwa, dominujących dotąd wśród zadań sanitarnych kraju, agendy sanitarne autonomicznych Władz krajowych coraz więcej rosną i rozszerzają się, wyraża Towarzystwo lekarskie krakowskie przekonanie, że zbliża się czas, w którym zajdzie potrzeba ankiety, mogącej dostarczyć materyału do planów systematycznego ukształtowania całej działalności kraju na tem polu, w szczególności w zakresie okręgowej służby zdrowia, asanizacyi miast i gmin, zdrojownictwa, wogóle tych wszystkich spraw, które także i w Wysokim Sejmie skupiać się powinny i skupić się muszą z czasem w Komisyi sanitarnej.

b) Towarzystwo lek. krak. zwróci się do wszystkich instytucyi lekarskich w kraju z prośbą o poparcie sprawy.

c) Dalszą akcyę w sprawie szpitalnictwa porucza Towarzystwo wybranej komisyi w tym samym jak dotąd, składzie.

Wnioski komisyi uchwalono, a referentowi prof. Ciechanowskiemu dziękuje przewodniczący w gorących słowach

imieniem Towarzystwa za poruszenie i opracowanie tak ważnej dla lekarzy i społeczeństwa sprawy.

Posiedzenie w dniu 26. czerwca 1907.

Przewodniczy prof. Rosner. Obecnych członków 34.

1) Protokół po odczytaniu przyjęto.

2) Przyjęto jednogłośnie na członków dra W. Damskiego i prof. Emila Godlewskiego.

3) Delegatami na walne zgromadzenie Tow. lekarzy galicyjskich wybrano prof. Ciechanowskiego i doc. Dobrowolskiego, zastępcą dra Wojciechowskiego.

4) Prezes zachęca w gorących słowach członków do wzięcia licznego udziału w X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

5) Prof. Kader przedstawia *a)* chorą po **wyłuszczeniu wodo- i ropoinercza**, *b)* chorego wyleczonego z **zapalenia gruźliczego stawu kolanowego** w 8 miesięcy po resekcyi tegoż stawu, *c)* chorego, który doznał urazu w okolicę 12 kręgu piersiowego i 1—2 lędźwiowego, czego następstwem był **ucisk na ogon koński** z właściwymi objawami; po wykonaniu laminektomii powróciła czynność zwieraczy pęcherza i odbytu, a po części i czucie w kończynach dolnych.

6) Radca ces. p. J. Gorecki, jako gość, przedstawia **stół operacyjny** swego pomysłu, który wysyła na wystawę lwowską.

7) Dr Blassberg miał odczyt **„O najnowszych poglądach na ośrodki mowy“** (przeznaczony do druku). W dyskusyi przemawiał prof. Bochenek. Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe w d. 5. lipca 1907.

I. Dr Hołobut zdał sprawę z doświadczeń, jakie przeprowadził z odczynem Arnolda. Jak wiadomo Arnold, prym. szpit. powsz. we Lwowie, podał w swoim czasie odczyn barwny, który występował w moczu po spożyciu mięsa. Odczyn ten wykonywa się zapomocą odczynników, używanych do t. zw. »kreatyninowej« próby Weila, ale w innych proporcyach i rozcieńczeniach. Jak stwierdził dr Hołobut, odczyn Arnolda nie jest właściwym jedynie dla mięsa, gdyż występuje w moczu po spożyciu jakiegokolwiek białka. W dyskusyi przemawiali: prof. Mars, prof. Beck, podnosząc brak praktycznej wartości przedstawionego odczynu, dr W. Ziembicki, nawiązując do przedstawionych odczynów barwnych uwagi o t. zw. odczynie Weila-Salkowskiego.

II. Dr Czyżewicz (jun.) przedstawił 3 przypadki z Zakładu położniczo-ginekologicznego. — W dyskusyi przemawiał prof. Mars, podnosząc w jednym z przypadków **(przerostu wargi maciecznej wyłącznie tylnej)** znaczny rozmiar tego przerostu i wspominając o podobnych przypadkach, rzadkich zresztą, z własnego doświadczenia; w innym zaś przypadku podkreślając piękny wynik **operacyi nowotworu pochwy.**

III. Dr Nowicki wygłosił odczyt: **O zmianach w ścianach tętnic u królika pod wpływem śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny.** W ciągu doświadczeń, przeprowadzonych wspólnie z drem Hornowskim w lwowskim zakładzie anatomii patologicznej, otrzymał prelegent wyniki podobne, jak i inni autorowie, a zatem: zmiany wyłącznie w tętnicy głównej, zmiany o cechach rozpadu (Josue), które jednak nie mogą być utożsamione z miażdżycą ludzką. *Witold Ziembicki.*

Koło lekarskie polskie w Petersburgu.

Posiedzenie w dniu 20. marca (2. kwietnia) 1907.

Obecnych członków 20, gości 5.

I. Na wezwanie prezesa dra Strawińskiego zebranie uczciło przez powstanie pamięć zgasłych: dra Władysława Krajewskiego i prof. Franciszka Ksawerego Gałęzowskiego.

II. Prezes w imieniu Koła wita gościa, docenta uniw. lwowskiego dra Modrakowskiego.

III. Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

IV. Dr. Maryan Chruszczyński (gość) odczytuje rzecz pod tyt.: **Przypadek raka żołądka.** Przypadek ten jest ciekawy pod tym względem, że przez długi czas uważano w Instytucie klinicznym ks. Heleny Pawłówny cierpienie za kiłę wątroby. Jednakże spostrzeżenia prelegenta, stwierdzone następnie przez prof. W. Orłowskiego i prof. Ziemackiego, stwierdziły obecność niewątpliwego raka żołądka z licznymi przerzutami w jamie brzusznej i w niektórych obwodowych gruczołach chłonnych. Przy badaniu soku żołądkowego ogólna kwaśność okazała się bardzo wysoką, również był obecny i kwas solny wolny. Prelegent dochodzi do wniosku, że badanie soku żołądkowego ma w niektórych razach względne znaczenie.

Dyskusya: Prof. Ziemacki zapytuje prelegenta, czy wykonano sekcyę i otrzymawszy odpowiedź przeczącą zaznacza, że brak sekcyi obniża wartość naukową tego przypadku. — Doc. Z. Orłowski przypomina sobie z własnej praktyki chorego na raka żołądka, u którego ogólna kwaśność treści żołądkowej wynosiła 80 ctm. sz. $^1/_{10}$ Na HO, a kwasu solnego wolnego było 45 ctm. sz, $^1/_{10}$ Na HO na tydzień przed śmiercią. Co się tyczy rozpoznania, to wielkie znaczenie przypisuje mowca obecności krwi (odczyn Webera) i próbie Salomona; próba ta zresztą zdaniem mowcy w początkowych okresach choroby, jak również i przy rozszerzeniu żołądka, często zawodzi. — Prof. Zaleski zwraca uwagę, że wskazane przez Doc. Orłowskiego próby mogą zawodzić przy swoistej formie raka, zwanej *carcinoma depassens.* — Doc. Modrakowski zaznacza, że przy rozpoznaniu raka żołądka nie należy pomijać próby Salomona, która w niektórych razach może być pomocną. — Dr. Biron: W roku 1902 Boas pierwszy zwrócił uwagę na ważne znaczenie badań, tyczących się obecności krwi w wymiocinach i kale; zapomocą próby Webera lub aloinowej można stwierdzić nawet już niewielką ilość krwi, gdy inne objawy choroby są jeszcze niewyraźne (utajone krwotoki żołądkowe). Wyniki dodatnie nie mogą jednak dopomódz do wczesnego rozpoznania raka żołądka, ponieważ obecność krwi również zdarza się i przy wrzodzie okrągłym. Próba ta ma ważne znaczenie w rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy rakiem żołądka z jednej strony, a brakiem soku żołądkowego (*achylia gastrica simplex*) i niedokrwistością *(anaemia gravis)* z drugiej. W przypadku prelegenta były wymioty krwawe, więc krwotok nie był »utajonym«, wobec czego zastosowanie w danym razie najprostszej nawet próby mogło stwierdzić obecność krwi (*Streszczenie własne*). — Dr. Wierciński przypomina o metodzie, poleconej przez prof. Gluzińskiego, która pozwala wcześnie rozpoznać raka żołądka, — Doc. Z. Orłowski sądzi, że jakkolwiek badania prof. Gluzińskiego są oparte na praktycznych podstawach, to jednak zastosowanie tej metody możliwe jest tylko w razie zupełnego zaufania chirurga względem internisty, jak również jest niezbędnem zaufanie chorego względem lekarza. — Prof. Ziemacki przytacza przypadek raka walcezkowato-komórkowego (*cylindro-cellulare*) odbytu; gdy chory po wykonaniu dwóch operacyi umarł, sekcya niespodziewanie stwierdziła także raka wpustu żołądka o charakterze włóknistym (*scirrhus*) i zajęcie sąsiednich gruczołów chłonnych. Przypadek ten jest bardzo pouczający, ponieważ u jednego osobnika były dwie różnorodne formy raków. — Dr. Wierciński: Przypuszczając pasorzytowe pochodzenie raków wogóle, to obecność dwóch różnorodnych form u jednego osobnika łatwo można wytłómaczyć; różnica w utkaniu nowotworu mogła zależeć od przyczyn miejscowych.

V. Doc. Sowiński odczytuje rzecz pod tyt.: **Patogenetyczne znaczenie prątka Ducreya przy wrzodzie miękkim oraz w powstawaniu dymienic.** Po krótkim zarysie historycznym, dotyczącym łasecznika wrzodu miękkiego, omawia prelegent podłoża sztuczne, przez siebie stosowane dla otrzymania czystej hodowli prątka, opisuje hodowlę, jej cechy charakterystyczne, sposób otrzymywania toksyn łasecznika, które zapoczątkował prelegent w celu wyświetlenia patogenezy dymienic przy wrzodzie miękkim. Stosunkowo częste powikłania wrzodów miękkich zajęciem gruczołów chłonnych z jednej strony, z drugiej zaś dość rzadkie stwierdzanie obecności samego zarazka w ropniach gruczołów chłonnych, naprowadzało na rozmaite domysły. Wobec tego przypuszczano, iż dymienice przeważnie są skutkiem wessania wytworów życia łasecznika Ducreya; wytwory te, zawierając w sobie substancyę ropotwórczą, sprawiają kliniczny obraz dymienic. Przypuszczenie takie zasługiwało na uwzględnienie, ponieważ często można spostrzegać zajęcie gruczołów chłonnych wtedy, gdy wrzody już się oczyściły lub nawet po upływie pewnego czasu od zagojenia się wrzodów. Z drugiej znów strony tworzenie się dymienic wrzodziejących bezwątpienia przemawiało za przypuszczeniem, iż w takich razach ropnie powstają bezpośrednio przez przedostanie się *in loco* żywego zarazka swoistego. Zadaniem pracy prelegenta było wyświetlić drogą doświadczalną patogenezę zmian gruczołów chłonnych przy wrzo-

dzie miękkim. W tym celu zbadał prelegent przedewszystkiem jak najdokładniej własności laseczników i ich toksyn, potem zmiany, wywoływane przez nie w narządach i tkankach, a w końcu przystąpił do wyświetlenia głównego celu — wyjaśnienia patogenezy dymienic. Jeżeli przypuszczenie, że dymienice są wywoływane przez wytwory życia laseczników, jest słuszne, to w ropniu takim powinna być stwierdzoną stała toksyna, a przez szczepienie jej zwierzętom powinnyby powstać takież same ropnie. Wobec tego prelegent najpierw zbadał, o ile stałą jest toksyna na zewnątrz i wewnątrz ustroju i w jakim stanie znajduje się ona w owych ropniach, oraz czy posiada działanie ropotwórcze i nadal, skoro źródło nowych ilości toksyny, t. j. laseczniki Ducreya już wyginęły. Stosownie do zakreślonego planu zmierzał prelegent naprzód do otrzymania mocnej toksyny i wywołania przez nią sprawy ropnej bez udziału innych czynników ropotwórczych, czyli do wytworzenia spraw ropnych aseptycznych. Badania prelegenta dowiodły, że pierwiastek ropotwórczy zawiera się wyłącznie w substancyi samego lasecznika wrzodu miękkiego i nie przechodzi w hodowlach płynnych do rozczynu środowiska. — Na mocy danych doświadczalnych dochodzi prelegent do wniosku, że tak dymienice zapalne, jak również wrzodziejące, powstają nie wskutek wessania wytworów życia lasecznika, lecz jedynie w obecności *in loco* żywych prątków Ducreya. (Odczyt był objaśniony przedstawieniem preparatów drobnowidowych i czystej hodowli na pożywkach sztucznych, również pokazał prelegent cały szereg sobowtórów w czystych hodowlach na pożywkach i preparaty drobnowidowe).

W dyskusyi zabierali głos prof. Ziemacki i prof. Zaleski.

VI. Odczyt dra St. Kozłowskiego pod tyt.: »**Ojców, jako zakład leczniczy**« wobec późnej pory odłożono.

VII. Na posiedzeniu administracyjnem: 1) Przyjęto do wiadomości i polecono Sekretarzowi dać odpowiedź na odezwę prof. Bylickiego, tyczącą się X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. 2) Przyjęto do wiadomości odezwę zarządu »Towarzystwa kursów naukowych«. 3) Prezes Dr. Strawiński i wiceprezes prof. Zaleski zawiadamiają, że władza ponownie odmówiła zarejestrowania »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu« wskutek obecności w ustawie niektórych paragrafów. Zebranie uchwaliło po należytej zmianie paragrafów przedstawić ją ponownie. 4) W poczet członków Koła obrano dra Wandę Chmielewską.

Posiedzenie d. 17/30 IV. 1907 r.

Obecnych członków 17, gości 1.

I. Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

II. Dr. W. Święcicki wygłasza rzecz p. t. **Stosunek współczesny między urologią a chirurgią** z przedstawieniem narzędzi. Po krótkim zarysie rozwoju urologii podał mowca ocenę różnych narzędzi, szczególniej cystoskopu i wyraził przekonanie, że urologia jest jedną z najtrudniejszych gałęzi chirurgii i że urolog powinien być dobrym klinicystą i wprawnym operatorem.

Dyskusya: Dr Al. Karnicki stwierdza, że urolog powinien być zarazem chirurgiem, w przeciwnym bowiem razie działalność jego ograniczałaby się tylko do rozpoznawania choroby bez odpowiedniej pomocy lekarskiej. Dr Strawiński zaznacza, że badania urologiczne nie zawsze dają wyniki dodatnie. Doc. Sowiński wyraża żal, że prelegent nie pokazał sposobu wprowadzenia cystoskopu, co możnaby przedstawić na istniejących odpowiednich modelach gutaperkowych; następnie opisuje kilka przypadków, które widział podczas swego pobytu w Wiedniu, a w których w pęcherzu były po 2 ujścia moczowodów z jednej strony.

III. Dr Al. Karnicki odczytuje rzecz p. t. **Pęknięcie macicy** (przeznaczone do druku).

Dyskusya: Dr Strawiński zapytuje prelegenta, czy nie można było myśleć w danym przypadku o zachowawczym sposobie leczenia. Łatwiej bowiem wyciąć macicę, ale pomimo to chirurg w zasadzie powinien zawsze oszczędzać ten narząd. Dr Święcicki przypuszcza, że w danym razie nie nastąpiło zapalenie otrzewnej. Prócz tego zabierali głos: doc. Z. Orłowski, dr Strawiński i prof. St. Zaleski.

IV. Prof. St. Zaleski podaje do wiadomości, iż d. 7/20 VII. do 8/31 VIII. 1907, ma odbyć się w Spa (Belgia) międzynarodowa wystawa balneologiczna. Prof. Zaleski, jako zarządzający z polecenia rządu oddziałem rosyjskim, przesłał niezwłocznie warunki w języku polskim do »Kraju«, ażeby zdrojowiska nasze i szerszy ogół mogły w interesie kraju w wystawie tej uczestniczyć.

V. Dr Uliński odczytuje przysłaną przez dra St. Kozłowskiego rozprawkę p. t. **Ojców, jako zakład leczniczy**. Autor po krótkim zarysie topograficznym, opisuje klimat Ojcowa, przytacza rozbiór chemiczny wody, używanej do picia, wreszcie opisuje zakład »Goplana« i warunki pobytu.

W dyskusyi prof. St. Zaleski, podnosząc sprawę polecania uzdrowisk ojczystych, zaznacza, iż grunta wapienne zabezpieczają od duru, zimnicy, etc. Również wielką zaletą Ojcowa jest obecność zakładu wodoleczniczego. Doc. Z. Orłowski sądzi, iż w tak korzystnych warunkach klimatycznych powinno być urządzone sanatoryum dla chorych na gruźlicę. Dr Strawiński i prof. Zaleski podzielają to zdanie, zaznaczając, że sanatoryum takie powinno być zupełnie oddzielne i łączyć go z zakładem nie należy.

VI. Posiedzenie administracyjne:

1) Prof. Zaleski wnosi, by zaliczyć przez aklamacyę w poczet członków Koła lekarzy Polaków, posłów do Dumy państwowej: drów Harusewicza, Lisowskiego, Fidlera i Dymszę, oraz p. Chrzanowskiego, deputata Towarzystw farmaceutycznych rosyjskich do Rady lekarskiej. Zebranie uchwala jednomyślnie poczynić odpowiednie kroki.

2) Prezes dr Strawiński zawiadamia, że ustawa »Związku Polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu« została w nowej redakcyi przedstawioną ponownie władzy,

3) W poczet członków Koła obrano dra Stanisława Woyno i dra Maryana Chruszczyńskiego.

Sekretarz *Zdzisław Sowiński.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Państwowy Związek org. lek. austr. podaje do wiadomości, co następuje:

1) Organizacyę utworzyli lekarze Gorycyi i Gradyski.

2) Organizacya lek. w Krainie zaprowadziła następującą formę doniesień o uszkodzeniach: »N. N., zamieszkały w X., odniósł rzekomo z cudzej ręki uszkodzenie i znajduje się tutaj w leczeniu. (Miejscowość, data i podpis lekarza)«. Pożądane jest, aby i zawiązane już organizacye w innych krajach austryackich zaprowadziły tę formę doniesień, ponieważ żaden lekarz nie ma obowiązku orzeczenia sądowolekarskiego wydawać bezpłatnie, co przy dotychczasowej formie doniesień o uszkodzeniach było nieuniknione.

3) Posłowie-lekarze w austr. Radzie państwa uczynili wniosek o wydanie ustawy lekarskiej (o czem już donosiliśmy. *Red.*).

4) W Radzie państwa tworzy się »Związek lekarzy i ich przyjaciół«, pod przewodnictwem jednego z posłów-lekarzy.

Za Prezydyum P. Z. O. L. A. *Dr Janeczek.*

Walka lekarzy dolnoaustryackich zdaje się zbliżać ku pomyślnemu zakończeniu. Konferencya przedstawicieli lekarzy z przedstawicielami rządu i wydziału krajowego w d. 5. VII. dała podstawę do nadziei, że jeszcze w r. b. sejm dolnoaustryacki uchwali ustawę o gminnej służbie zdrowia, uwzględniającą najważniejsze żądania lekarzy, t. j. zabezpieczenie na starość i stabilizacyę posad. *R.*

W sprawie zabezpieczenia lekarzy na zasadzie austryackiej ustawy o zabezpieczeniu urzędników prywatnych przesłała Izba lekarska wschodnio-galicyjska do Namiestnictwa opinię, (opartą na referacie dra Mikołajskiego), iż co do lekarzy nie powinno być żadnych uwolnień od obowiązku ubezpieczenia według tej ustawy, a ustawa ta powinna mieć zastosowanie do lekarzy domowych i przybocznych (osób prywatnych), skarbowych (dworskich), asystentów prywatnych u innych lekarzy, lekarzy zdrojowych, w sanatoryach i lecznicach prywatnych, w szpitalach publicznych, lekarzy gminnych, okręgowych, kolejowych (przy kolejach prywatnych i lokalnych), więziennych, sądowych (pracujących za rocznym ryczałtem), fabrycznych, kas chorych, lekarzy Towarzystw ubezpieczeń, o ile są płatni rocznie i miesięcznie, lekarzy, zajętych za stałą płacą w redakcyach lub administracyach pism lekarskich, wreszcie lekarzy szkolnych. (Głos. lek. 14). *R.*

Pośrednictwem w ubezpieczeniach życiowych lekarzy w Towarzystwach ubezpieczeń miałyby się w przyszłości zająć Izby lekarskie według wniosku, który Izba wiedeńska przedstawi najbliższemu Wiecowi Izb. (Myśl to zresztą nie nowa, poruszana już przed paru laty u nas). *R.*

Kasa wsparć podupadłych lekarzy w Warszawie wydała w r. z. na zapomogi dla 117 osób 7,520 rb. Majątek Kasy wynosi 84,689 rb. Na rok bieżący wybrano na Walnem zebraniu w d. 9. VII. do zarządu drów: Dunina, Kamockiego, Dobrskiego, Kosmowskiego, Szumlańskiego, Sawickiego, Heinricha i Zerę. *R.*

Kasa chorych lekarzy wiedeńskich wypłaciła w r. z. 117 członkom 27,936 K; majątek jej doszedł 137,299 K. *R.*

W sprawie zarejestrowanych Kas chorych odpowiedziało ministerstwo wiedeńskiej Izbie lek. dopiero po $3^1/_2$ roku po wniesieniu odwołania przeciw orzeczeniu namiestnictwa. Sprawa ciągnęła się tak długo, że odpowiedź otrzymała nie ta Izba, która wnosiła rekurs, ale dopiero następna, bo już dawno skończył się okres urzędowania tamtej. Ministeryum zatwierdziło orzeczenie namiestnictwa, a Izba wiedeńska ze względu na to, że i tak niedługo ma ustąpić, założyła na razie tylko protest przeciw temu rozstrzygnięciu. *E. S.*

Rachunki lekarskie. Wydział Towarzystwa Samopomocy lekarzy przypomina Kolegom, iż Walne Zgromadzenie w dniu 29. kwietnia 1905 zaleciło lekarzem przedkładanie pacyentom rachunków lekarskich półrocznie, ewentualnie po skończonem leczeniu. Rachunki nabyć można w Administracyi znaczków receptowych: Kraków, Radziwiłłowska l. 4, po 4 hal. za sztukę.

Kursa lekarskie doszły w Niemczech, jak wynika ze sprawozdania głównego komitetu (Münch. m. Woch. 28) ogromnego rozwoju. W r. z. odbyło się bezpłatnych kursów w całych Niemczech 49 (z tego w Prusach 31), nadto w 6 miastach działały seminarya medycyny społecznej. Kursa płatne odbywają się w 11 wszechnicach. Komitet postanowił starać się o ulgi kolejowe dla lekarzy, jadących na kursa i o utworzenie międzynarodowego komitetu dla wycieczek naukowych lekarskich. *R.*

O zakaz sprzedaży ługu żrącego w handlu zwyczajnym w Austryi starać się ma Towarzystwo lekarskie wiedeńskie na wniosek dra Preleitnera. *R.*

Zagraniczni oszuści od jakiegoś czasu na cel swych machinacyi upatrzyli sobie lekarzy wiedeńskich. Niedawno dostał jeden z profesorów wiedeńskich zawiadomienie, iż został mianowany honorowym członkiem jakiejś włoskiej »Akademii fizyczno-chemicznej« w Palermo, chociaż nie zajmował się szczególnie fizyką, ani chemią. Ale z dołączonego statutu owej »Akademii« okazało się, o co tu właściwie chodzi, bo w statucie tym oznaczono »taksę wpisową i koszta przesyłki« dyplomu honorowego na 25 franków i t. d. »Akademia« okazała się więc nowym sposobem łapania naiwnych! *E. S.*

Kupujmy dzieła naukowe! Pod tym tytułem ogłosił p. Erazm Majewski, zasłużony przyrodnik i etnograf, artykuł w pismach codziennych, pełen trafnych uwag, a w niejednem dający się zastosować i do stosunków lekarskich. Powołując się na dzieło Wellsa p. t. »Wizye przyszłości«, zwłaszcza na rozdział: »Walka ras i języków«, podnosi autor, że narody mocne podbijają słabsze swojem piśmiennictwem skuteczniej i gruntowniej, aniżeli kapitałem, pracą i siłą militarną. Toteż to tylko piśmiennictwo ostać się może wobec innych, które zaspokaja wszystkie potrzeby życia cywilizowanego; gdzie tylko ono szwankuje, tam wdziera się piśmiennictwo obce i wypiera je. Niebezpieczeństwo wyparcia piśmiennictwa swojskiego przez obce zaczyna się od góry, od piśmiennictwa naukowego, wymagającego uprawy najkosztowniejszej i najstaranniejszej. A właśnie nasze piśmiennictwo naukowe ma mnóstwo luk niezapełnionych (niewątpliwie uwaga ta znajduje zastosowanie i co do naszej medycyny). Tem, co jest, nikt z pracujących na polu naukowem nie może się zadowolnić, bo są to rzeczy niezupełne lub przestarzałe, toteż każdy z nich uczy się prawie wyłącznie z dzieł obcych. (Co do medycyny, to niewątpliwie posługiwać się musimy przeważnie dziełami obcemi). Jedyną radą na to jest kupowanie swojskich dzieł naukowych, bo gdzie nie ma zapotrzebowania, tam nie może być i produkcyi. Żywy ruch wydawniczy, częste pojawianie się dzieł dobrych, a tanich, może powstać tylko wtedy, jeśli książki rozchodzą się szybko i szeroko. Trzeba więc, aby ci, którzy potrzebują książek, mniej ich pożyczali, a więcej kupowali, i aby je kupowali ci z zamożniejszych, którzy ich nie potrzebują. »Dziś kto chce przeczytać dzieło, woli szukać długo i wytrwale, od kogoby je można pożyczyć, aniżeli wstąpić do księgarni i kupić. Postępują zaś tak nawet ludzi zamożni, nie zastanawiając się nad tem, że oszczędnością podobną krzywdzą społeczeństwo w ten sam sposób, jak gdyby mając na chleb — wyżebrali go sobie, zamiast kupić«. Toteż w takich warunkach »pisanie dzieł naukowych po polsku.... równa się pisaniu po to, aby nie być czytanym, a najczęściej nawet wydrukowanym; dziś praktyczniejsi nasi uczeni zaczynają już pisać dzieła w obcych językach«. (Jestto prawdą niestety także i w zakresie lekarskim). »Baczmyż« — kończy autor — »aby przyszłe, jeszcze praktyczniejsze pokolenie nasze nie zaczęło pisywać nawet poezyi i powieści — po niemiecku. Zaprawdę, nie wiele do tego potrzeba. Jesteśmy na prostej drodze, wiodącej do takiej metamorfozy...« Wprawdzie w zakresie lekarskim są u nas stosunki nieco lepsze, niż te, które ma na myśli p. Majewski — w innych działach nauk. Niemniej jest to różnica niestety tylko — stopnia złego, bo złe to i u nas niewątpliwie istnieje. Dowodem choćby stosunek liczby dzieł lekarskich oryginalnych do tłómaczonych. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 7. do 13. VII. 1907 doniesiono o 54 nowych przypadkach duru plamistego w 19 gminach, a mianowicie w m. Lwowie 1, pow. Drohobycz (Łastówki 3, Podbuż 3), Horodenka (Horodenka 2, Dąbki 2), Jaworów (Zawadów 4), Kosów (Słobódka 6, Rybno 1), Lisko (Wołkowyja 1), Łańcut (Giedlarowa 1), Nadwórna (Pasieczna 1, Pniów 5), Rawa (Szczerzec 1, Smolin 3, Kamienna góra 2, Parypsy 4, Mazury 2), Tarnopol (Proszowa 11), Zborów (Bubszczany 1) o 1 przypadku ospy w pow. Kraków (Czarna wieś 1, zawleczony z Królestwa); o 3 przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w 2 gminach, a mianowicie pow. Strzyżów (Baryczka 2, Przedmieście strzyżowskie 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. do 13. VII. 1907 przypadków: płonicy 3, odry 2, duru brzusznego 1, błonicy 1, choleryny niemowląt 5 † 5. *W.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 7. do 13. VII. 1907 urodziło się dzieci żywo 53, nieżywo 7; zmarło osób 47 (w tem obcych 20), z nich z gruźlicy 10 (3), zapalenia płuc 2, płonicy —, krztuśca —, duru brzusznego 1 (1). *R.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 7. do 13. VII. 1907 przypadków: błonicy 3, płonicy 4, duru osutkowego 2 (w tem obcy 1), duru brzusznego 10 † 1 (4 † 1). *L.*

Mór pojawił się w Konstantynopolu (6 przypadków) i w Odessie (1 przyp., zawleczony).

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Porządek dzienny pierwszego posiedzenia ogólnego (22. VII. o godz. 9 rano w teatrze miejskim [1]) jest następujący: 1) Przemówienie powitalne przewodniczącego Wydziału gospodarczego prof. dra Władysława Bylickiego. 2) Wnioski co do wyboru i wybór prezesów honorowych, wiceprezesów honorowych oraz Zarządu Zjazdu, t. j. prezesa Zjazdu, wiceprezesa i dwu sekretarzy. 3) Objęcie przewodnictwa przez prezesa Zjazdu. 4) Przemówienie Prezydenta Miasta JWP. S. Ciuchcińskiego. 5) Przemówienie Reprezentanta Rządu i Kraju. 6) Przemówienie Delegata krakowskiej Akademii Umiejętności prof. dra K. Kostaneckiego. 7) Przemówienie Rektora wszechnicy lwowskiej prof. dra S. Gryzieckiego. 8) Przemówienie Rektora Politechniki lwowskiej prof. E. Kovátsa. 9) Przemówienie Rektora Akademii weterynaryi prof. dra J. Szpilmana. 10) Przemówienie Dyrektora Akademii rolniczej w Duklanach, JWP. J. M. Pomorskiego. 11) Przemówienie prof. dra M. Smoluchowskiego imieniem Towarzystwa im. Kopernika. 12) Przemówienie prof. dra Antoniego Gluzińskiego imieniem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. 13) Odczytanie spisu Delegatów na Zjazd, oraz nadesłanych telegramów. 14) Wykład dra Władysława Biegańskiego z Częstochowy: »O współczesnej filozofii przyrody«. 15) Sprawozdanie Delegacyi Zjazdów. 16) Wykład prof. dra Władysława Natansona z Krakowa: »Świat, widziany od strony elektryczności«. 17) Wybór komisyi, mającej się zająć wyborem miejsca na Zjazd następny. 18) Wykład R. Dw. prof. dra Ludwika Rydygiera ze Lwowa: »Zagajenie w sprawie akcyi przeciwrakowej«. 19) Zamknięcie posiedzenia. — Po posiedzeniu uroczyste wprowadzenie Członków Zjazdu na Wystawę przyrodniczo-lekarską i higieniczną [2]).

[1]) Strój uroczysty, podobnie jak i na raucie, wydanym przez Reprezentacyę m. Lwowa tegoż dnia (22. VII.) o godz. 9 wieczór.

[2]) Członkowie Zjazdu, zamierzający obiadować na Wystawie, powinni zgłosić to w Biurze Zjazdu do godz. $8^1/_2$ rano 22. VII. Jestto konieczne, aby restauratorzy mogli się odpowiednio przygotować.

Porządek dzienny drugiego posiedzenia ogólnego (w d. 25. VII. o g. 3 pop. w sali ratuszowej) jest następujący: 1) Zagajenie posiedzenia przez Prezesa Zjazdu. 2) Odczytanie reszty nadesłanych telegramów. 3) Wykład prof. dra Stanisława Rotherta z Odessy: »O ewolucyi poglądów na odżywianie się organizmów roślinnych«. 4) Wybór Delegacyi, złożonej z 7 członków i 5 zastępców. 5) Odczytanie uchwał poszczególnych Sekcyi. 6) Sprawozdanie Komisyi co do wyboru miejsca następnego Zjazdu i uchwała Zgromadzenia pod tym względem. 7) Przemówienie Prezesa Zjazdu. 8) Przemówienie pożegnalne Przewodniczącego Wydziału gospodarczego. 9) Zamknięcie posiedzenia.

Posiedzenie zbiorowe dla sprawy alkoholizmu odbędzie się d. 23. VII. od g. 8—10 rano w sali wykładowej chemii lekarskiej (ul. Piekarska 52). (Inne szczegóły Programu Zjazdu podaliśmy w poprzednim numerze).

Wydział gospodarczy dał ku czci ś. p. Marcelego Nenckiego wybić pamiątkową plakietę bronzową z Jego popiersiem według projektu dra med. Kunzeka, artysty-rzeźbiarza w Krakowie. Plakietę nabywać będzie można w Biurze Zjazdu.

Członkowie i uczestnicy Zjazdu otrzymają odznaki w kształcie mosiężnej spinki zakopiańskiej, wykonane według oryginalnego wzoru z dzieła Matlakowskiego: »Zdobnictwo na Podhalu«.

Za pośrednictwem dra F. E. Fronczaka z Buffalo, komisarza X. Zjazdu na Amerykę, którego niestrudzonym zabiegom zawdzięczać należy, że kilkudziesięciu lekarzy i przyrodników z Ameryki zgłosiło swój udział w Zjeździe, nadesłało »Towarzystwo aptekarzy polskich w Chicago« 246 koron, jako dar na cele Zjazdu. — Delegat kolegów amerykańskich na Zjazd, dr Sieminowicz z Chicago, na Zjazd niestety nie przybędzie z powodu nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ w przeddzień wyjazdu. Wydział gospodarczy przesłał z tego powodu na ręce dra Fronczaka wyrazy współczucia i serdecznego żalu, że nie będzie mógł powitać i gościć na ziemi ojczystej przedstawiciela rodaków z Ameryki.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Hołd, oddany pamięci jednego ze słynnych lekarzy i przyrodników polskich XVI. wieku, Sebastyana Petrycego, przez rodzinne jego miasto Pilzno, (leżące w galicyjskiej części dawnego województwa sandomierskiego), zbiegając się niemal z naszym X. Zjazdem przyrodniczo-lekarskim, był jakby złączonem z nim ideowo przypomnieniem wielowiekowej tradycyi tego działu nauk w Polsce i ścisłych węzłów, wiążących cały kraj z prastarą Alma Mater.

Urodzony w r. 1550, osiągnął Petrycy stopnie filozoficzne w Akademii krakowskiej w latach 1574 i 1583; już jako mąż dojrzały, członek mniejszego kolegium tej Wszechnicy, w której szereg lat wykładał nauki filozoficzne, udał się za granicę celem udoskonalenia się w medycynie i został doktorem medycyny w Padwie w r. 1590. Zwiedziwszy Belgię i Niemcy, powrócił do Krakowa i wykładał nauki lekarskie do r. 1603, w którym objął stanowisko przybocznego lekarza kardynała Maciejowskiego, biskupa krakowskiego. Towarzyszył do Moskwy Marynie Mniszchównej; więziony tam po śmierci Samozwańca przez półtora roku, przebywszy potem wiele przygód i niebezpieczeństw, objął następnie ponownie katedrę w Krakowie. Z zakresu medycyny ogłosił drukiem: »De natura, causis, symptomatibus morbi gallici ejusque curatione« i »Instructia abo nauka, jak się sprawować czasu moru«. Umarł w r. 1626.

Petrycy zajmuje wybitne stanowisko w dziejach nietylko jako niepospolity filozof, przyrodnik i lekarz, ale także jako filantrop i człowiek wysoce uspołeczniony. Dowodzi tego zarówno tradycya, przekazująca pamięć o nim, jako o »lekarzu ubogich«, który nie chciał opuścić kilku ciężko chorych rzemieślników, gdy go wzywał do siebie wojewoda łęczycki, ale i fakt, że Petrycy znacznie wyprzedził swoją epokę śmiałem odwoływaniem się do króla Zygmunta III. za usamowolnieniem włościan.

Dnia 17. b. m. odsłonięto z wielką uroczystością w Pilźnie tablicę pamiątkową znakomitego tego męża. Imieniem Wszechnicy Jagiellońskiej uczestniczył w obchodzie i wygłosił przemowę dziekan Wydziału lekarskiego prof. Kostanecki.

Wilno. Prawie w przededniu X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich rozpoczęła się praca w nowym przybytku, stworzonym dla nauki polskiej w Wilnie pod nazwą »Towarzystwa przyjaciół nauk«. Dnia 8. lipca b. r. bowiem odbyło się w sali Towarzystwa lekarskiego drugie z rzędu, a pierwsze ściśle naukowe posiedzenie tego Towarzystwa, które zakresem swej działalności obejmie także dział przyrodniczy i które z wileńskiemi kołami lekarskiemi łączy ścisły związek. Jednym z założycieli, a obecnie wiceprezesem Towarzystwa jest zasłużony dr Władysław Zahorski, pierwszym prelegentem w dniu 8. lipca był dr Ludwik Czarkowski, który miał wykład p. t. »Ze stosunków etnograficznych na Podlasiu«. Towarzystwo liczy przeszło 90 członków, ugrupowanych w 5 sekcyach, a dzięki ofiarności p. Al. Jelskiego i innych ludzi dobrej woli posiadzie bibliotekę z przeszło 5,000 tomów i bardzo cenne zbiory. Gdy reakcyjny prąd dzisiejszego rządu stara się nawet w ostatnim szczątku świetnych niegdyś instytucyi naukowych wileńskich, w Towarzystwie lekarskiem, zatrzeć ślad polskości i zachodniej kultury, przypadnie nowemu »Towarzystwu przyjaciół nauk« objąć po tych instytucyach spuściznę i snuć dalej nić ich tradycyi. W pracy tej towarzyszyć będą Towarzystwu gorące życzenia przyrodników i lekarzy, zgromadzonych we Lwowie ze wszystkich dzielnic Polski, a do tych życzeń niech nam wolno będzie przyłączyć i nasze. *C.*

Z różnych stron. Z początkiem lipca obchodził słynny dermatolog, profesor czeskiej wszechnicy w Pradze, V. Janowsky, ćwierćwiekową rocznicę pracy dydaktycznej wraz z 60. rocznicą urodzin. Do wyrazów hołdu, złożonych w tym dniu Jubilatowi przez lekarzy czeskich, dołączamy życzenie, by jaknajdłużej jeszcze pracować mógł ku pożytkowi swej ojczyzny z równym, jak dotąd, wynikiem.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.

Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena. kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.

Dr **Berger Marek**.
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Lanes S.**

Kosów.

Lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Październ.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr **Ebers H.**, kierownik c. k. Zakładu hydropatycznego
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Dom „Świteź").
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki chor. kobiec. prof. Marsa (willa Białej Róży).

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag**, (Willa „Atylla").
Dr **Kołaczkowski J.**, kierownik wodolecz. i pensyonatu.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon**.
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła.

Dr **Zanietowski Józef**.

Zakopane.



SANATORYUM Dra DŁUSKIEGO DLA CHORYCH PIERSIOWYCH.

Zegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, (Louisenstr. 2a).

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz (B. P.) France.

Dr **Bohdanowicz**, („Villa St. Hubert"), („zimą w **Nizzy**").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Engländer Bernard**, (Schwarzer Bär, Kirchenstr.).
Dr **Steinsberg**, (Pensyonat leczniczy we własnej willi).
Dr **Zeitner Józef**, („Stadt-Paris" Kirchenstrasse).

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger" VII).

Kissingen.

Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.

Karlsbad.

Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr **G. Gittelmacher-Wilenko**, b. asystent Uniw. lwow. Sprudelstr. Haus Kronprinz.
Dr **Kaufmann Oskar**, („Pascha" Sprudelstrasse).

Marienbad.

Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr **Kwiatkowski St. B.**, („Stadt Hamburg").